Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé

Les **principales inégalités en santé** au Canada

un portrait national

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Réseau pancanadien de santé publique
Partenaires en santé publique

Also available in English under the title:
Key Health Inequalities in Canada: A National Portrait

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018
Date de publication : mai 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-109/2018F-PDF
ISBN : 978-0-660-26329-8
Pub. : 180030

Table des **matières**

Préface 1

Remerciements 2

Sommaire exécutif 5

Les principales inégalités en santé au Canada: Introduction 15

Méthodologie 29

Méthodologie: notes techniques 46

Issues de santé 63

Espérance de vie et mortalité 63

Inégalités relatives à l'espérance de vie et à l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada 64

Inégalités relatives à la mortalité infantile au Canada 85

Inégalités relatives à la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles au Canada 104

Maladie mentale 122

Inégalités relatives à la mortalité attribuable au suicide au Canada 123

Autoévaluation de la santé 142

Inégalités relatives à la santé mentale perçue (faible autoévaluation de la santé mentale) et aux hospitalisations liées à la santé mentale au Canada 143

Issues par cause 166

Inégalités relatives à l'arthrite au Canada 167

Inégalités relatives à l'asthme au Canada 188

Inégalités relatives au diabète au Canada 209

Inégalités relatives à l'incapacité au Canada 230

Inégalités relatives à l'obésité au Canada 250

Inégalités relatives à la santé buccodentaire au Canada: incapacité de mâcher 272

Inégalités relatives à la tuberculose au Canada 296

Déterminants de la santé – Conditions de vie quotidiennes 309
Comportements liés à la santé 309
Inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool au Canada 310
Inégalités relatives au tabagisme, à l'exposition à la fumée secondaire et à l'incidence du cancer du poumon au Canada 333
Environnement physique et social 367
Inégalités relatives aux besoins impérieux en matière de logement au Canada 368
Déterminants de la santé – Facteurs structurels 387
Développement de la petite enfance 387
Inégalités relatives au développement de la petite enfance au Canada 388
Inégalités sociales 406
Inégalités en matière d'insécurité alimentaire des ménages au Canada 407
Inégalités relatives aux travailleurs canadiens à faible revenu 433
Les principales inégalités en santé au Canada: Discussion et implications 449

PRÉFACE

Message des coprésidents du Réseau pancanadien de santé publique

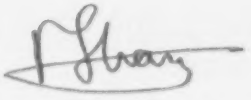
En 2010, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains ont adopté la Déclaration sur la prévention et la promotion. La Déclaration reconnaît l'importance des conditions sociales, économiques et environnementales, connues généralement comme les déterminants sociaux de la santé. Le Canada s'est également joint à l'appel mondial à l'action visant à réduire les inégalités en santé en signant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), et en s'associant à d'autres États membres de l'OMS dans le cadre d'un engagement visant à renforcer la capacité, les données probantes et l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Plus récemment, en 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les 17 objectifs de développement durable reflètent un vaste éventail de déterminants sociaux de la santé et comprennent des objectifs liés à la réduction des inégalités.

Au Canada, la réduction des inégalités en matière de santé est une tâche complexe et demeure un important défi pour notre programme de santé publique. Un des éléments clés pour relever ce défi consiste à renforcer la capacité d'évaluation, de surveillance et de production de rapports des inégalités en santé. L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé – une initiative conjointe de l'Agence de la santé publique du Canada, du Réseau de santé publique, de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations – répond à ce besoin. Ce rapport constitue le premier effort pancanadien visant à documenter les inégalités en santé au Canada et à décrire les différences au niveau des issues de santé, des conditions de la vie quotidienne et des conditions structurelles qui soutiennent la santé chez diverses populations. Il constitue une référence concernant les données sur les inégalités en santé, qui pourra être utilisée pour orienter les politiques, les programmes et les actions futures pour faire progresser l'équité en santé.

Une base de données interactive en ligne, l'Outil de données sur les inégalités en santé, accompagne le rapport. Elle comprend des mesures d'inégalités relatives et absolues et précise leur impact pour l'ensemble de la population en ce qui a trait aux issues de santé, aux comportements liés à la santé et aux déterminants sociaux de la santé.

La lutte contre les inégalités en santé exige des données probantes, de l'ingéniosité, des objectifs communs et une collaboration continue entre divers secteurs et ordres de gouvernement. Ce rapport constitue une étape importante vers notre objectif collectif de réduire les iniquités en santé au Canada.

D[re] Theresa Tam
Administratrice en chef de la santé publique du Canada
Agence de la santé publique du Canada



D[r] Robert Strang
Médecin hygiéniste en chef
Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le fruit de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé – une initiative conjointe du Réseau pancanadien de santé publique (RSP), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Nous reconnaissons également le partenariat avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), qui a grandement contribué à l'élaboration du présent document.

Réseau pancanadien de santé publique
Partenaires en santé publique

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Statistique Canada | Statistics Canada

Institut canadien d'information sur la santé
De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

FNIGC | CGIPN
First Nations Information Governance Centre
Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Le RSP, un organisme de coordination composé de ministères de la santé publique fédéral, provinciaux et territoriaux, a orienté l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé et a fourni des commentaires sur celle-ci par l'intermédiaire de son Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé. L'ASPC a dirigé l'analyse, la rédaction du rapport, les consultations et les révisions d'experts, et a assuré la gestion globale du projet. Statistique Canada a fourni une expertise méthodologique et l'analyse des données en utilisant plusieurs sources de données. L'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'ICIS, un organisme autonome sans but lucratif d'information sur la santé, a contribué au contenu et aux méthodes ainsi qu'à l'analyse des données tirées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier de l'ICIS. Enfin, le CGIPN a fourni des données et des analyses sur la santé des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord. Statistique Canada, l'ICIS et le CGIPN ont également fait la révision de diverses parties du rapport complet et ont formulé des commentaires sur ces parties.

À l'ASPC, le rapport *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* était dirigé par une équipe principale constituée d'employés de la Division des déterminants sociaux de la santé : Malgorzata Miszkurka, Beth Jackson, Albert Kwan, Colin Steensma et Marie DesMeules.

Les employés (passés et présents) suivants de l'ASPC ont participé à la rédaction du rapport : Rojiemiahd Edjoc, Jia Hu, Linda Jacobsen, Nasim Khatibsemnani, Audrey Layes, Novella Martinello, Debjani Mitra, Howard Morrison, Heather Orpana, Natalie Osorio, Sai Yi Pan, Matthew Perks, Kiri Shafto, Ashley Shaw et Feng Wang.

De nombreux experts et organismes nous ont fourni de précieux conseils et commentaires pour la rédaction du rapport.

Nous remercions tout particulièrement l'Offord Centre for Child Studies de l'Université McMaster qui a analysé les données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance.

Nous aimerions exprimer nos remerciements sincères à tous les membres du Groupe de travail technique pour leur dévouement et leurs contributions à diverses étapes du projet : Albert Armieri (CGIPN); Samina Aziz (Services aux Autochtones Canada); Arlene Bierman (Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services des États-Unis); Marni Brownell (Centre manitobain des politiques en matière de santé); Marguerite Cameron (ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard [Î.-P.-É.]); Stephanie Choquette (ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon); Michelle Doucette Issaluk (ministère de la Santé du Nunavut); Carla Ens (ministère de la Santé du Manitoba); Philippe Gamache (Institut national de santé publique du Québec); Lawson Greenberg (Statistique Canada); Jean Harvey (ICIS); Margaret Haworth-Brockman (Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses); Geoff Hynes (ICIS); Gayatri Jayaraman (ASPC); Linda Jones (ministère de la Santé du Manitoba); Sabrina Kinsella (ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon); Doug Manuel (Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa); Carol McClure (ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Î.-P.-É.); Cory Neudorf (autorité sanitaire de Saskatoon); Louise Pelletier (ASPC); Jennifer Pennock (ASPC); Michael Pennock (autorité sanitaire de l'île de Vancouver); Mathieu Philibert (Université du Québec à Montréal); Karen Phillips (ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Î.-P.-É.); Erin Pichora (ICIS); Samantha Salter (ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon); Carolyn Sanford (ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Î.-P.-É.); Claudia Sanmartin (Statistique Canada); Maria Santos (CGIPN); Gerry Veenstra (Université de la Colombie-Britannique); Kerri Watkins (Services aux Autochtones Canada); Krista Wilkinson (Office régional de la santé de Winnipeg).

Nous aimerions souligner la contribution des réviseurs à l'interne et à l'externe qui ont offert de précieux commentaires sur les premières versions du rapport : *(A) externe* – Douglas Angus (Université d'Ottawa); Catherine Backman (Université de la Colombie-Britannique); Victoria J. Cook (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique); Martin Cooke (Université de Waterloo); Norman Giesbrecht (Centre de toxicomanie et de santé mentale et Université de Toronto); Margo Greenwood (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone); Susan L. Hardie (Canadian Centre on Disability Studies); Stewart Harris (Université Western Ontario); Simon Hatcher (Université d'Ottawa); Magdalena Janus (Offord Centre for Child Studies, Université McMaster); Nazilla Khanlou (Université York); Cory Neudorf (autorité sanitaire de Saskatoon); Carlos Quiñonez (Université de Toronto); Kim Raine (Université de l'Alberta); Dana Riley (ICIS); Robert Schwartz (Université de Toronto); Prakeshkumar Shah (Université de Toronto et Mount Sinai Hospital); Paula Stewart (Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark); Valerie Tarasuk (Université de Toronto); Eduardo Vides (Ralliement national des Métis); Donald Voaklander (Université de l'Alberta); *(B) ASPC, Santé Canada et Services aux Autochtones Canada* – Sharon Bartholomew, Rachel Bennett, Annie Bronsard, Bernard Choi, Mary Lou Decou, Minh T. Do, Lisette Dufour, Jason Evans, Victor Gallant, Marc-André Gaudreau, Robert Geneau, Isabel Giardino, Jodie Golden, Leena Kang, Erin Kropac, Tanya Lary, Juan Andres Leon, Lidia Loukine, Marissa McGuire, Karen McKinnon, Manon Mireault, Michelle Owen, Catherine Pelletier, Louise Pelletier, Stephanie Priest, Erin Rutherford, Amanda Shaw, Veeran-Anne Singh, Winnie Siu, Heather Tait, Julie Vachon et Martha Vaughan.

Veuillez prendre note que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres du Groupe de travail technique, des réviseurs ou de leurs organisations affiliées. Il convient également de préciser que les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agency for Healthcare Research and Quality, du Department of Health and Human Services des États-Unis ou du gouvernement fédéral des États-Unis.

Le rapport a été révisé par Joanna Odrowaz. Nous tenons à la remercier sincèrement pour ses suggestions éditoriales rigoureuses et approfondies.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

ACRONYME	NOM COMPLET
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RSP	Réseau pancanadien de santé publique

Des inégalités en santé existent au Canada, elles sont persistantes, et dans certains cas, elles s'accentuent (1-3). Un grand nombre d'entre elles sont la conséquence des désavantages relatifs dont souffrent certaines personnes et certains groupes sur les plans social, politique et économique. De telles inégalités influencent la probabilité qu'une personne soit en bonne santé et le demeure tout au long de sa vie (4). Les inégalités en matière d'issues de santé ou l'accès aux ressources qui favorisent la santé peuvent être considérées comme injustes et *inéquitables* si elles sont systématiques (autrement dit, que des différences similaires sont invariablement présentes entre les groupes démographiques) et qu'une action collective permettrait vraisemblablement de les éliminer ou de les atténuer (5-7).

Le présent rapport décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Ce rapport est un produit de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé, une collaboration de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Réseau pancanadien de santé publique (RSP), de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

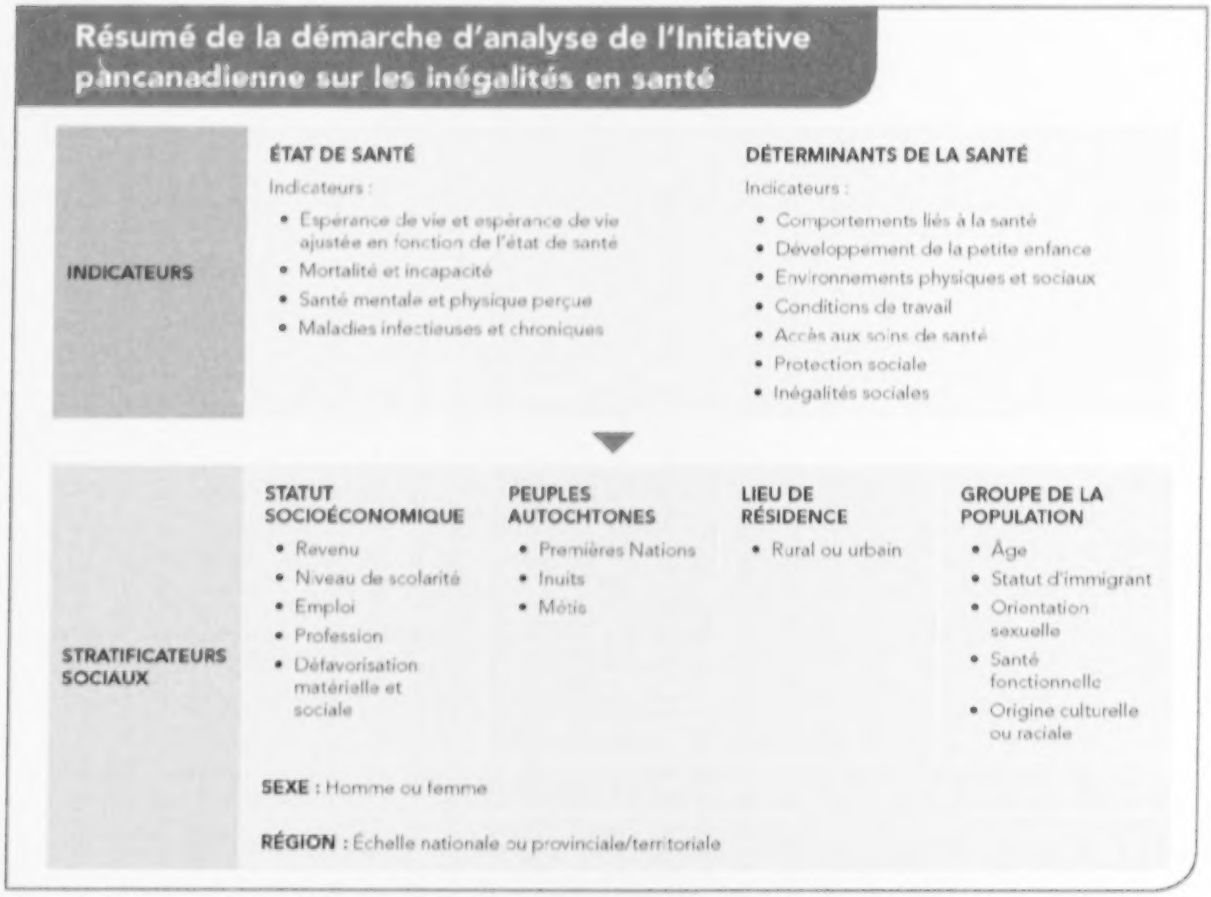
L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé vise à renforcer la capacité de mesure, de surveillance et d'établissement de rapports en ce qui concerne les inégalités en santé au Canada. Elle a pour vocation d'appuyer les activités de recherche et de surveillance, d'éclairer les décisions relatives aux politiques et aux programmes pour réduire plus efficacement les inégalités en santé, et de rendre possible le suivi des progrès réalisés au fil du temps.

Les fondements théoriques de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé s'inspirent d'un cadre conceptuel élaboré à l'origine par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (8). Ce cadre souligne le rôle majeur que jouent les grands facteurs politiques, économiques et sociaux (p. ex. les systèmes de gouvernance; les politiques publiques, sociales et macroéconomiques; les normes et valeurs sociétales) dans la création et la consolidation de hiérarchies sociétales. Ces différences dans les positions socioéconomiques déterminent les conditions physiques et sociales qui influent sur la santé et dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces conditions comprennent les circonstances matérielles (p. ex. le niveau de vie et les normes relatives au logement; les conditions de travail; les commodités et la sécurité du voisinage); les facteurs psychosociaux (p. ex. le stress au travail; les liens sociaux ou l'isolement social; l'accès à un soutien social); les comportements liés à la santé (p. ex. l'alimentation; l'activité physique; la consommation d'alcool et de tabac); et les facteurs biologiques (y compris les facteurs génétiques). Par les interactions entre ces divers domaines, les processus d'inégalité sociale engendrent des inégalités dans les issues de santé et de bien-être.

En s'appuyant sur un ensemble d'indicateurs proposés par le Réseau pancanadien de santé publique en 2010, l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé a rassemblé des données sur plus de 70 indicateurs portant sur les issues de santé, des facteurs

de risque et des déterminants sociaux de la santé. Ces indicateurs ont été désagrégés de manière systématique selon différentes variables socioéconomiques et sociodémographiques (« les groupes de stratification sociale ») qui étaient pertinentes du point de vue de l'équité en santé (voir la figure 1).

FIGURE 1



Le portrait dressé des inégalités en santé au Canada peut être examiné par l'intermédiaire de l'Outil de données sur les inégalités en santé. Il s'agit d'une base de données interactive en ligne (https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx).

Puisant dans l'ensemble des issues de santé et des déterminants de la santé qui figurent dans l'Outil de données, le présent rapport met en avant les observations se rapportant à 22 indicateurs. Ces indicateurs représentent quelques-unes des inégalités en santé les plus prononcées et répandues au Canada et pourraient constituer des domaines prioritaires pour une action initiale (voir la figure 2).

FIGURE 2

Liste des indicateurs du rapport Les principales inégalités en santé au Canada

DOMAINE DE L'INDICATEUR	INDICATEUR
Issues de santé	• Espérance de vie à la naissance • Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé • Mortalité infantile • Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles • Mortalité attribuable au suicide • Santé mentale perçue (passable ou mauvaise) • Taux d'hospitalisations liées à la santé mentale • Arthrite • Asthme • Diabète (à l'exception du diabète gestationnel) • Incapacité • Incidence du cancer du poumon • Obésité • Santé buccodentaire (incapacité de mâcher) • Tuberculose
Déterminants de la santé A : conditions de vie	• Consommation d'alcool (consommation abusive) • Tabagisme • Besoin impérieux en matière de logement • Exposition à la fumée secondaire à la maison
Déterminants de la santé B : facteurs structurels	• Développement de la petite enfance (Instrument de mesure du développement de la petite enfance) • Insécurité alimentaire • Travailleurs à faible revenu

Les indicateurs des déterminants de la santé peuvent être des conditions de vie telles qu'une consommation élevée d'alcool, le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire, le développement de la petite enfance et les besoins impérieux en matière de logement. De même, des facteurs structurels, tels que l'insécurité alimentaire et la pauvreté au travail, peuvent être des indicateurs des déterminants de la santé.

Les indicateurs qui figurent dans le présent rapport ont été sélectionnés d'après plusieurs éléments, dont leur capacité à :

- révéler des inégalités particulièrement prononcées et répandues au sein des groupes de la population;
- englober un vaste éventail d'issues de santé, de comportements liés à la santé et de déterminants sociaux plus généraux de la santé;
- permettre une ventilation systématique des données en fonction des **principaux groupes de la population**;
- être utiles pour les politiques et donner lieu à des mesures concrètes.

ENCADRÉ 1
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET INÉGALITÉS EN SANTÉ – PERSPECTIVES AUTOCHTONES

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et le Ralliement national des Métis

Traditionnellement, les Autochtones ont une conception équilibrée et globale de la santé, dans laquelle sont liées les dimensions spirituelles, émotionnelles, mentales et physiques. De même, les déterminants de la santé des Autochtones sont considérés comme étant étroitement interreliés (9-11). Ces déterminants peuvent être *proximaux* (comportements liés à la santé), *intermédiaires* (infrastructures communautaires, réseaux de parenté, relation à la terre, langue, cérémonies, partage des connaissances) ou *structurels* (fondements historiques, politiques, idéologiques, économiques et sociaux, y compris les éléments favorables tels que l'autodétermination, la spiritualité et les visions du monde autochtones) (11,12). Pour les Métis en particulier, la compréhension des déterminants de la santé repose sur l'intégration des systèmes de connaissances autochtones et occidentaux afin de tirer de manière holistique des récits, expériences, informations et données disponibles de ces deux «modes de connaissance» ancestraux (10).

Pour comprendre les inégalités en santé qui existent entre les Autochtones et les non-Autochtones, il faut les situer dans le contexte des conditions historiques, politiques, sociales et économiques qui ont influencé la santé des Autochtones (13). La structure coloniale, qui visait à assimiler les Autochtones à la culture eurocanadienne dominante, est largement responsable de la déstabilisation des déterminants de la santé des Autochtones (13). Le déplacement forcé des Premières Nations dans des collectivités éloignées et des réserves inhabitables et dépourvues de ressources; les prétentions des pouvoirs coloniaux sur les régions traditionnelles riches en ressources; l'oppression des Premières Nations découlant de la *Loi sur les Indiens*; l'héritage destructeur des pensionnats indiens et de la rafle des années 1960; la discrimination systémique contre tous les peuples autochtones sur le plan social et en matière de justice pénale, de soins de santé et d'emploi, de même que le manque d'investissements publics ou privés dans le développement économique des collectivités autochtones sont autant d'exemples de la manière dont la structure coloniale a participé à l'émergence des inégalités en santé qui existent aujourd'hui (11,14). En plus de cette expérience vécue du colonialisme, du racisme et des obstacles à l'autodétermination, les inégalités en santé chez les Métis ont aussi été particulièrement influencées par l'exclusion sociale et la perte de langues autochtones due à l'assimilation culturelle (10,12).

Les indicateurs retenus dans le présent rapport aident à faire ressortir les inégalités en santé entre les Autochtones et les non-Autochtones, ainsi qu'à évaluer les progrès réalisés en vue d'éliminer ces inégalités. Cependant, ces indicateurs quantitatifs, qui sont en grande partie basés sur les déficits, n'intègrent pas adéquatement les conceptions autochtones de la santé et du mieux-être. Ces indicateurs sont insuffisants pour créer des programmes et des politiques qui contribuent à l'amélioration de la santé de la population autochtone. Ils peuvent même s'avérer néfastes s'ils sont mal utilisés, dans la mesure où ils risquent de perpétuer des stéréotypes négatifs envers les Autochtones (15,16). De plus, sans contexte explicatif approprié au sujet des facteurs structurels qui ont eu une incidence sur les collectivités autochtones (p. ex. le financement inadéquat des infrastructures ou encore les politiques discriminatoires qui limitent l'accès aux prêts ou au financement hypothécaire), les indicateurs qui ne portent que sur les problèmes présents dans ces collectivités peuvent accentuer les attitudes discriminatoires à l'endroit des Autochtones. En fin de compte, pour que la planification et les interventions soient efficaces, les indicateurs doivent être

propres aux Autochtones et issus de la communauté. Ils doivent tenir compte des ressources, des récits et des visions du monde holistiques des Autochtones (16). Une approche équilibrée qui définit les facteurs de protection, tels que la résilience, l'autodétermination et l'identité, offre une meilleure compréhension de la question et peut s'avérer plus efficace pour outiller des personnes ou une collectivité et les inciter à améliorer leur santé.

Le présent rapport s'appuie sur un certain nombre d'enquêtes nationales et de bases de données administratives pour donner corps aux indicateurs, notamment l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la Base canadienne de données sur l'état civil et le Registre canadien du cancer. Si bon nombre de ces sources contiennent des données sur les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, la plupart d'entre elles excluent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), la seule enquête nationale sur la santé à être dirigée par les membres des Premières Nations au Canada, contribue à pallier cette lacune. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) a coordonné l'ERS, avec le concours de ses dix partenaires régionaux. L'ERS recueille des renseignements sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, en s'appuyant à la fois sur les conceptions occidentales et traditionnelles de la santé et du bien-être. Dans le cadre du présent rapport, le CGIPN a fourni, le cas échéant, les données nationales de l'ERS et des renseignements contextuels sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord.

CONSTATS

Dans l'ensemble, des inégalités en santé substantielles ont été constatées parmi les Autochtones, les minorités sexuelles et raciales, les immigrants et les personnes ayant des limitations fonctionnelles. On note également l'existence d'un gradient des inégalités en fonction du statut socioéconomique (revenu, niveau de scolarité, emploi et situation professionnelle) pour de nombreux indicateurs. Certaines populations (en particulier, celles ayant un statut socioéconomique plus faible, ainsi que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis) ont obtenu systématiquement des résultats plus défavorables, alors que d'autres groupes (dont les immigrants récents et les minorités raciales) ont affiché des résultats contrastés quant aux comportements liés à la santé, aux issues de santé et aux déterminants structurels de la santé.

Issues de santé

Espérance de vie et mortalité. Des gradients socioéconomiques évidents ont été remarqués pour l'ensemble des indicateurs de l'espérance de vie et de la mortalité. **L'espérance de vie** et **l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé** étaient systématiquement inférieures chez les habitants des régions à faible revenu, les personnes moins scolarisées et celles dont la défavorisation matérielle et sociale était plus importante. En outre, dans ces groupes, la **mortalité infantile** et la **mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles** étaient invariablement plus élevées. De même, les résultats associés à ces indicateurs étaient moins bons dans les régions comptant une concentration élevée de membres des Premières Nations, d'Inuits ou de Métis. Des gradients socioéconomiques comparables étaient présents en fonction du revenu, du niveau de scolarité et de la défavorisation matérielle et sociale en ce qui concerne la **mortalité attribuable au suicide**. Cette dernière était aussi relativement fréquente dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis était élevée, en particulier chez les hommes dans les régions où une forte proportion de personnes indiquent être des Inuits. Dans tous les groupes de stratification sociale, la mortalité attribuable au suicide était plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Santé mentale et maladie mentale. Une **faible autoévaluation de la santé mentale** a été constatée plus souvent parmi les personnes ayant le plus faible revenu, un faible niveau de scolarité et une profession non qualifiée ou semi-qualifiée. Le niveau de santé mentale autodéclarée diminuait à mesure que les gradients socioéconomiques augmentaient. Une faible autoévaluation de la santé mentale était également plus fréquente chez les personnes qui ont déclaré être bisexuelles ou homosexuelles par rapport à celles qui ont indiqué être hétérosexuelles.

De la même manière, on constate des gradients socioéconomiques évidents en ce qui concerne les **hospitalisations liées à la santé mentale**, dont les taux progressaient à chaque baisse de palier du revenu du quartier et du niveau de scolarité, et à chaque augmentation du niveau de défavorisation matérielle et sociale. Par ailleurs, dans les régions où une concentration élevée de personnes indiquaient être des Métis, des Inuits ou des membres des Premières Nations, le taux d'hospitalisations liées à la santé mentale était de deux à trois fois supérieur au taux dans les régions où la concentration d'Autochtones déclarés était faible.

Issues par cause. En comparaison des adultes qui occupaient un emploi, les personnes ayant une incapacité permanente de travailler ont été significativement plus nombreuses à déclarer être atteintes d'**arthrite**, d'**asthme** et de **diabète**. De la même façon, les personnes ayant un revenu et un niveau de scolarité plus faibles signalaient invariablement une prévalence plus élevée de ces maladies chroniques que les personnes appartenant aux groupes de statuts socioéconomiques supérieurs. L'**arthrite**, l'**asthme** et l'**obésité** étaient moins courants chez les Canadiens issus de l'immigration, particulièrement les immigrants récents (se trouvant au Canada depuis dix ans ou moins), que chez les Canadiens de naissance. Cependant, la prévalence du **diabète** était supérieure chez les immigrants de longue date que chez les non-immigrants.

Des inégalités touchent également les Autochtones en ce qui a trait aux issues par cause. La prévalence de l'**arthrite**, de l'**asthme**, du **diabète** et de l'**obésité** dans la population adulte était plus élevée chez les Premières Nations vivant hors réserve, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et les Métis, en comparaison des non-Autochtones. La prévalence de l'obésité était également plus élevée chez les Inuits adultes que chez les Canadiens non autochtones. Les résultats liés à d'autres causes particulières n'atteignaient pas le seuil de signification statistique.

Les inégalités relatives à l'**incapacité** et à une mauvaise **santé buccodentaire** (incapacité de mâcher) étaient particulièrement marquées entre les groupes socioéconomiques (selon la situation d'emploi, le niveau de scolarité et le niveau de revenu).

Enfin, selon les données sur les cas déclarés, l'incidence de la **tuberculose** active était extrêmement élevée chez les Inuits : dans cette population, le taux d'incidence représentait près de 300 fois celui constaté chez les Canadiens de naissance non autochtones. Le taux d'incidence de la tuberculose active était aussi très élevé chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves (32 fois le taux pour les Canadiens de naissance non autochtones) et chez les Canadiens nés à l'étranger (20 fois le taux pour les Canadiens de naissance non autochtones).

Déterminants de la santé : les conditions de vie

Comportements liés à la santé. Un fort gradient socioéconomique était manifeste pour ce qui concerne le **tabagisme**, l'**exposition à la fumée secondaire à la maison** et l'**incidence du cancer du poumon**. Ces trois indicateurs augmentaient lorsque les niveaux de revenu, de scolarité et de qualification professionnelle (dans le cas du tabagisme et de la fumée secondaire) diminuaient, ainsi qu'à mesure que la défavorisation sociale et matérielle du quartier augmentait

(dans le cas de l'incidence du cancer du poumon). La prévalence du **tabagisme** chez les adultes sans diplôme d'études secondaires représentait près de quatre fois la prévalence chez les diplômés universitaires. La prévalence parmi les travailleurs non qualifiés représentait plus de deux fois la prévalence parmi les professionnels. De même, l'**exposition à la fumée secondaire** était significativement plus élevée dans les catégories inférieures de revenu, de situation professionnelle et de scolarité.

À l'inverse, la **consommation élevée d'alcool** était plus fréquente parmi les personnes disposant d'un revenu supérieur. Exprimée en fonction du niveau de scolarité, la prévalence de la consommation abusive d'alcool était la plus faible parmi les diplômés universitaires, alors qu'elle était comparable dans les autres groupes. La forte consommation d'alcool était environ trois fois plus fréquente chez les adultes blancs que chez les Canadiens noirs et les Canadiens asiatiques de l'Est ou du Sud-Est, asiatiques du Sud et arabes ou asiatiques de l'Ouest. La prévalence d'une consommation élevée d'alcool et du tabagisme était aussi plus grande parmi les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations vivant dans les réserves ou hors réserve, que parmi les non-Autochtones.

Environnements physiques et sociaux. Au Canada, la prévalence des **besoins impérieux en matière de logement** était près de 7,5 fois plus élevée dans le groupe dont les revenus sont les plus faibles que dans celui ayant les revenus les plus élevés. La prévalence diminuait graduellement à mesure que l'on passait des revenus les plus faibles aux plus élevés. Les immigrants récents ont déclaré des besoins impérieux en matière de logement deux fois plus souvent que les non-immigrants; cette inégalité était encore plus marquée entre les immigrants récents appartenant à une minorité visible et les non-immigrants n'appartenant pas à une minorité visible.

Déterminants de la santé : les facteurs structurels

Développement de la petite enfance. La proportion de jeunes enfants en situation de **vulnérabilité sur le plan du développement** était plus de deux fois plus supérieure dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel et social que dans les quartiers les moins défavorisés. De même, il y avait une proportion deux fois supérieure d'enfants vulnérables parmi ceux que leur professeur avait déclaré être autochtone que parmi les non-Autochtones. Ici aussi, un gradient socioéconomique était manifeste : la prévalence de la vulnérabilité sur le plan du développement augmentait à mesure que le niveau de scolarité et les revenus du quartier diminuaient.

Inégalités sociales. Un faible statut socioéconomique était fortement associé aux facteurs structurels de l'inégalité. Par exemple, l'**insécurité alimentaire des ménages** découlant de contraintes financières augmentait radicalement à mesure que le revenu du ménage diminuait : la prévalence parmi les adultes était près de 30 fois supérieure dans le groupe ayant les revenus les plus faibles comparativement au groupe ayant les revenus les plus élevés. Chez les adultes appartenant à un ménage dans lequel aucun membre ne possédait de diplôme d'études secondaires, la prévalence de l'insécurité alimentaire représentait 8,5 fois la prévalence chez les adultes dont le ménage comptait au moins un diplômé universitaire. L'insécurité alimentaire était 3,7 fois plus fréquente chez les Inuits adultes que chez les adultes non autochtones, 2,7 fois plus fréquente chez les adultes des Premières Nations hors réserve que chez les adultes non autochtones, et 2,2 fois plus fréquente chez les Métis adultes que chez les adultes non autochtones. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était également élevée parmi les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, mais des limites méthodologiques empêchent sa comparaison directe avec la prévalence dans la population non autochtone. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages parmi les adultes se déclarant bisexuels

représentait près de trois fois la prévalence parmi les adultes se déclarant hétérosexuels. La prévalence de la **pauvreté au travail** était nettement plus élevée chez les Canadiens sans diplôme d'études secondaires, les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les immigrants récents et les minorités raciales.

DISCUSSION ET RÉPERCUSSIONS

La population du Canada compte parmi les plus en santé du monde. Cependant, comme le montre le présent rapport, les Canadiens ne bénéficient pas tous également d'une bonne santé. Certaines des inégalités observées rejoignent ce que d'autres recherches ont montré au sujet des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé, tandis que d'autres inégalités restent à analyser plus en profondeur. Quoi qu'il en soit, la persistance, l'ampleur et l'importance des inégalités en santé au Canada plaident en faveur d'une action à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la société. Au cours des dernières décennies, les preuves se sont accumulées à l'échelle mondiale à l'égard des approches efficaces pour réduire les inégalités. Ces travaux ont mis en lumière des principes clés d'intervention et des pratiques prometteuses qui peuvent être adaptés pour faire progresser l'équité en santé dans le contexte canadien.

1. **Adopter une approche axée sur les droits de la personne pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.** Une approche axée sur les droits de la personne présuppose que l'accès équitable aux possibilités liées à la santé, au bien-être et à leurs déterminants constitue une question d'équité et de justice. Le droit à la santé est spécifiquement reconnu dans un certain nombre de pactes et de conventions des Nations Unies auxquels le Canada participe, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. La mise en œuvre d'une approche de la santé axée sur les droits de la personne peut être soutenue par des mesures cohérentes, participatives et fondées sur des données probantes dans tous les secteurs et paliers gouvernementaux. Cela peut comprendre l'élaboration d'interventions pertinentes et efficaces en collaboration avec les collectivités les plus touchées par les inégalités en santé.

2. **Intervenir à travers le parcours de vie grâce à des politiques fondées sur des données probantes et à des services sociaux et de santé appropriés sur le plan culturel.** Les avantages et les désavantages en ce qui concerne la santé et la répartition de ses déterminants sociaux s'accumulent pendant la vie d'une personne et au fil des générations. Les interventions réalisées à différentes étapes de la vie, particulièrement au cours des périodes les plus cruciales ou délicates (p. ex. les premières années) peuvent avoir une influence considérable sur les résultats en santé et sur l'équité en santé.

3. **Intervenir à la fois sur les déterminants proximaux (en aval) et distaux (en amont) de la santé et de l'équité en santé.** Les mesures de santé publique qui agissent sur les déterminants comportementaux à l'échelle individuelle peuvent accroître involontairement les inégalités en santé en l'absence d'interventions complémentaires qui ciblent les facteurs environnementaux, culturels, politiques et socioéconomiques « en amont ».

4. **Déployer une combinaison d'interventions ciblées et d'interventions ou de politiques universelles.** Les interventions sous la forme de programmes ou de politiques peuvent cibler expressément les personnes dont les issues de santé sont les plus faibles et dont le désavantage social est le plus grand. Autrement, elles peuvent être conçues pour un déploiement universel dans toute la population et être mises en œuvre à différents degrés d'intensité en fonction des besoins de sous-groupes particuliers (« universalisme proportionné »). Le fait de coupler interventions ciblées et interventions universelles contribue à garantir que les effets des interventions ciblées ne seront pas « balayés » par des conditions générales qui perpétuent les inégalités.

5. **S'occuper à la fois des contextes matériels (conditions de vie, de travail et environnementales) et des processus socioculturels de pouvoir, de privilège et d'exclusion (les modalités de perpétuation des inégalités sociales au cours de la vie et au fil des générations).** La défavorisation matérielle et les processus socioculturels qui perpétuent les privilèges et les désavantages, de même que l'inclusion et l'exclusion jouent un rôle important dans la création et la consolidation des inégalités sociales et en santé. En plus d'influer sur les conditions matérielles, des mesures efficaces pour l'équité en santé doivent renforcer l'autonomie des communautés défavorisées et combattre les processus délétères de marginalisation et d'exclusion (p. ex. la stigmatisation et la discrimination systémiques) qui sont incorporés dans les hiérarchies de pouvoir et des privilèges.

6. **Mettre en œuvre une approche plaçant « la santé dans toutes les politiques ».** Nombre des leviers politiques qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé se situent en dehors du secteur de la santé; par conséquent, seule une action collaborative avec d'autres acteurs permettra d'agir sur ceux-ci. Devant ce constat, l'OMS a élaboré le cadre dit de « la santé dans toutes les politiques », dans le but d'aider les secteurs gouvernementaux à prendre systématiquement en compte les répercussions sur la santé de leurs décisions stratégiques, afin de mieux prévenir les conséquences néfastes sur la santé et d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé.

7. **Effectuer une surveillance et une évaluation continues.** L'amélioration de la santé de la population et de l'équité en santé nécessite des données probantes actuelles, systématiques et robustes, qui éclairent les décideurs, les praticiens, les organisations communautaires et les citoyens au sujet de la répartition de la santé et des déterminants de la santé dans les sous-populations, et au sujet de la manière dont les politiques et les interventions influent sur la santé et l'équité en santé. La surveillance continue des inégalités en santé et de leurs déterminants, de même que la production de rapports sur leur l'ampleur et l'évolution aident les acteurs publics à évaluer les progrès.

Au bout du compte, l'atteinte de l'équité en santé exige que nous reconnaissions notre interdépendance, c'est-à-dire notre responsabilité partagée de créer et maintenir des conditions et des milieux de vie et de travail sains, qui auront des retombées positives pour tous. S'attaquer aux inégalités en santé nécessite effort, innovation et ingéniosité, mais les Canadiens seront capables de relever ce défi s'ils mettent leur volonté et leur intelligence collectives au service du bien commun.

Références

(1) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, Groupe de travail sur les disparités en matière de santé. *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : document de travail*, 2005.

(2) Butler-Jones D. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*, Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada, 2008.

(3) Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport technique, révisé en juillet 2016*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2016 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_fr.pdf.

(4) Marmot M, Allen JJ. Social Determinants of Health Equity. AJPH. 2014;104(S4):S517-9.

(5) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promot Internation. 1991;6(3):217-28.

(6) Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, *et al.* Health disparities and health equity: the issue is justice. Am J Public Health. 2011;101(S1):S149-55.

(7) Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. Public Health Rep. 2014;129(1_suppl2):5-8.

(8) Solar O et Irwin A. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). 2010.

(9) Inuit Tapiriit Kanatami . Social determinants of Inuit Health in Canada [Internet]. Ottawa: Inuit Tapiriit Kanatami; 2014 [cited 2017 Sep 29]. Available from: https://itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf.

(10) Martens P, Bartlett J, Burland E, et al. Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study [Internet]. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy; 2010 [cited 2017 Sep 29]. Available from: http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_(update_aug11_2011).pdf.

(11) Reading C. Structural determinants of aboriginal peoples' health. In: Greenwood M, De Leeuw S, Lindsay N, Reading C, editors. Determinants of aboriginal peoples' health; 2015. p. 1-15.

(12) Reading C et Wien F. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones.* Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009 [page consultée le 9 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/525/In%C3%A9galit%C3%A9s_en_mati%C3%A8re_de_sant%C3%A9_et_d%C3%A9terminants_sociaux_de_la_sant%C3%A9_des_peuples_autochtones.nccah?id=46

(13) Waldram JB, Herring A, Young TK. Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives. : University of Toronto Press; 2006.

(14) Dussault R, Erasmus G. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, 1996.

(15) Anderson RB, Dana LP, Dana TE. Indigenous land rights, entrepreneurship, and economic development in Canada:"Opting-in" to the global economy. Journal of world business. 2006;41(1):45-55.

(16) Donatuto J, Campbell L, Gregory R. Developing responsive indicators of indigenous community health. International journal of environmental research and public health. 2016;13(9):899.

LES PRINCIPALES INÉGALITÉS EN SANTÉ AU CANADA : INTRODUCTION

ACRONYME	NOM COMPLET
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
FPT	Fédéral-provincial-territorial
GEPSP	Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RSP	Réseau pancanadien de santé publique

Les Canadiens sont, dans leur ensemble, en bonne santé, mais tous ne bénéficient pas également des avantages que procure une bonne santé. Les inégalités en santé persistent au Canada, et dans certains cas, elles s'accentuent (1-3).

Certaines des différences en matière de santé peuvent s'expliquer par des particularités biologiques, physiologiques et génétiques (p. ex., les personnes âgées ont en général de moins bonnes issues de santé que les personnes jeunes, en raison du processus de vieillissement). De nombreuses inégalités sont, cependant, plutôt liées aux avantages et aux désavantages individuels et collectifs sur les plans social, politique et économique, lesquels influencent les chances qu'une personne ou les membres d'un groupe soient en bonne santé et le demeurent toute leur vie (4). Les personnes qui peuvent accéder plus facilement aux ressources sociales et matérielles ont tendance à avoir de meilleures issues de santé que les personnes appartenant aux groupes désavantagés sur le plan social[1], c'est-à-dire les groupes ayant un revenu ou un niveau de scolarité inférieurs et moins de possibilités d'obtenir un emploi stable, qui subissent une discrimination institutionnelle ou interpersonnelle, ou qui sont isolés du point de vue géographique (5,6). Cette tendance à obtenir de meilleures issues apparaît même lorsque les personnes plus privilégiées sont exposées à des conditions ou des environnements néfastes. Des inégalités sont dites *systématiques* lorsqu'on observe invariablement des différences similaires dans les issues de santé, ou l'accès aux ressources qui favorisent la santé, entre des groupes démographiques au fil du temps. Enfin, on peut qualifier ces différences d'*inéquitables* si une action collective permettait de les éviter ou de les atténuer (en particulier dans les domaines sur lesquels les individus ont peu d'emprise, comme la qualité des écoles ou l'exposition aux polluants environnementaux) (7-9) (voir l'encadré 1).

Les iniquités en santé constituent une préoccupation sociale et un problème de santé publique importants, car elles « ne sont pas compatibles avec les valeurs canadiennes, elles menacent la cohésion des communautés et de la société, elles ébranlent la pérennité du système de santé et elles ont un impact sur l'économie » (1). Parallèlement, l'objectif de l'équité en santé est conforme aux valeurs fondamentales exprimées dans les codes nationaux et internationaux des droits de la personne et dans les positions éthiques qui font de la santé une ressource essentielle pour une participation pleine et effective à la société (8,10,11). Autrement dit, l'accès homogène aux possibilités en matière de santé, de bien-être et de leurs déterminants (définis ci-dessous) constitue un enjeu d'équité et de justice.

1. Le désavantage social désigne les conditions sociales, économiques ou politiques défavorables que certains groupes de personnes subissent systématiquement en raison de leur position relative au sein des hiérarchies sociales. Cela implique une capacité réduite de participer pleinement à la société et de tirer profit des progrès réalisés. Le désavantage social se traduit, notamment, par de faibles niveaux de richesse, de revenu, de scolarité ou de classe professionnelle, ou encore par une représentation moindre aux plus hauts échelons des instances politiques (8).

ENCADRÉ 1
PRINCIPALES DÉFINITIONS

Les **inégalités en santé** sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et les soutiens sociaux), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les iniquités en santé se rapportent à une sous-catégorie d'inégalités en santé qui sont jugées inéquitables ou injustes. Ces inégalités proviennent de la marginalisation systématique de certains groupes, qu'elle soit intentionnelle ou non, et tendent à renforcer ou à exacerber le désavantage et la vulnérabilité.

L'**équité en santé** désigne l'absence de différences injustes et évitables ou remédiables dans l'état de santé de groupes de population définis par des conditions sociales, économiques, démographiques ou géographiques.

Le présent rapport définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada. Il s'agit d'une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. La publication du rapport s'inscrit dans l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé, une collaboration de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Réseau pancanadien de santé publique (RSP), de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Celle-ci vise à renforcer la capacité de mesure, de surveillance et d'établissement de rapports en ce qui concerne les inégalités en santé au Canada. Les constatations du rapport pourront éclairer, appuyer et renforcer la mise en œuvre de recherches, de programmes, de politiques et de plans pour réduire les iniquités en santé au Canada.

Le présent chapitre renferme une description sommaire :

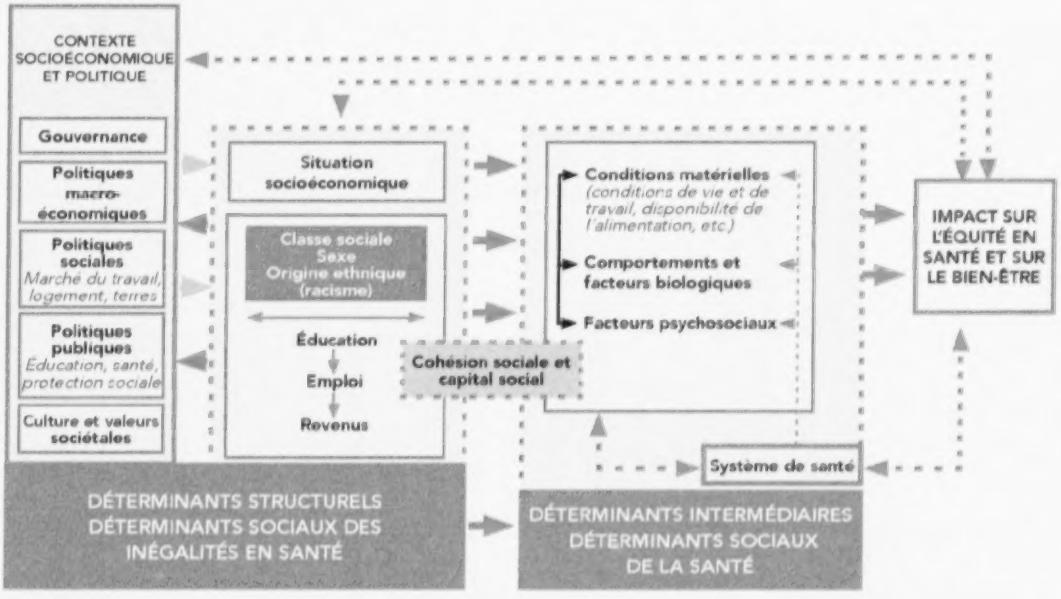
- des fondements théoriques et conceptuels qui sous-tendent l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé en général et le présent rapport en particulier;
- du contexte dans lequel s'inscrit l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé;
- de la structure et du contenu du rapport.

Surveillance et production de rapports des inégalités en santé : les fondements conceptuels

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé la Commission des déterminants sociaux de la santé afin qu'elle rassemble des données probantes sur les déterminants de la santé, leurs répercussions et les mesures pouvant être prises pour parvenir à l'équité mondiale en santé. Les travaux de la Commission, ainsi que son rapport final intitulé *Combler le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (12), s'inspirent d'un cadre conceptuel qui décrit les causes profondes des inégalités en santé et la manière dont ces causes peuvent engendrer des issues inégalitaires dans la population (13). Ce cadre conceptuel (voir la figure 1) constitue également le fil conducteur du présent rapport.

FIGURE 1

Cadre conceptuel pour agir sur les déterminants sociaux de la santé (Solar et Irwin, 2010)



Source : Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur. De: Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no. 2. Genève, Suisse: OMS; 2010. http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/

Le cadre conceptuel de la Commission définit trois composantes majeures qui, ensemble, façonnent l'équité en matière de santé et de bien-être :

- le contexte socioéconomique et politique;
- les déterminants structurels et le statut socioéconomique;
- les déterminants intermédiaires de la santé.

Le contexte socioéconomique et politique constitue le niveau de base du modèle. Il s'agit des structures, processus, règles et postulats fondamentaux par lesquels une société s'organise, génère et consolide ses hiérarchies sociales, et façonne les relations entre les personnes et les groupes. Les structures sociales, telles que les marchés financiers, les systèmes de soins de santé, les systèmes d'éducation et le marché du travail, sont visibles sous la forme d'objets concrets dans la vie quotidienne (p. ex. les banques, les hôpitaux, les écoles et les lieux de travail). Or, de telles structures sociales représentent plus que les bâtiments où elles sont à l'œuvre. Elles sont fondées sur des systèmes d'idées et de croyances (se rapportant à l'économie, au genre, à la « race », etc.) et sont constituées par des relations sociales interdépendantes et durables (telles que les relations entre un prêteur et un emprunteur, un médecin et un patient, un professeur et un étudiant, un employeur et un employé). Ces relations se définissent par des rôles, des responsabilités, des récompenses et des droits complémentaires (ou antagonistes).

Si les structures sociales sont généralement durables, elles ne sont pas statiques. En tant qu'ensembles de relations sociales, elles sont continuellement reproduites par les personnes qui les composent. C'est par la répétition que les structures sociales revêtent un aspect de permanence et façonnent les personnes et les environnements culturels et physiques au cours du temps.

La position d'une personne dans chacune de ces structures sociales lui confère un accès différent au pouvoir, au prestige, aux possibilités, aux contraintes et aux ressources matérielles. Pour compliquer les choses, les personnes occupent simultanément différentes positions dans de nombreuses structures sociales. La position qu'occupe une personne dans ces structures imbriquées (et qui, souvent, se renforcent mutuellement) peut la placer dans une situation d'avantage ou de désavantage relatif, selon les circonstances.

Certains éléments du contexte socioéconomique et politique sont particulièrement pertinents en ce qui a trait aux inégalités sociales et en santé. Il s'agit, entre autres :

- des systèmes de *gouvernance*, notamment les idéologies politiques et économiques dominantes, les institutions et pratiques de l'appareil judiciaire et de l'administration publique, la participation de la société civile et les ententes avec le secteur privé;
- des *politiques macroéconomiques*, notamment les politiques commerciales et fiscales, et les marchés du travail;
- des *politiques publiques et sociales* qui concernent le logement, l'éducation, la santé et d'autres secteurs;
- des normes, attitudes et *valeurs sociétales* se rapportant à l'individualisme et au collectivisme, à la concurrence et à la coopération, à la diversité et à la tolérance des groupes minoritaires, à la justice et à l'égalité, à l'environnement, au travail, à la famille et à la santé.

Certains de ces éléments du contexte socioéconomique et politique peuvent être pertinents dans plusieurs administrations (p. ex. l'État-providence d'un pays et la nature de ses politiques de redistribution), alors que d'autres seront propres à un pays (p. ex. la relation historique du Canada avec les Autochtones et la manière dont ceux-ci ont été traités; voir l'encadré 2).

Le contexte socioéconomique et politique, avec les institutions et structures sociales qui le constituent, crée le cadre propice à une répartition systématiquement inégalitaire du pouvoir, du prestige et des ressources sociales et matérielles dans les groupes de la société. Tel que décrit précédemment, ceci est le fruit d'un écheveau de pratiques durables, qui se chevauchent et s'entrecoupent, un « réseau de relations qui limitent et renforcent » (21). Collectivement, ces pratiques produisent un ensemble de *positions socioéconomiques* inégales (voir la figure 1), dans lequel les personnes sont stratifiées selon le revenu, le niveau de scolarité, la profession, le sexe, la race, l'origine ethnique et d'autres facteurs.

Le *contexte socioéconomique et politique*, les pratiques et les mécanismes structurels connexes qui produisent la stratification sociale, et les *positions socioéconomiques* individuelles qui en découlent sont définis dans le cadre conceptuel comme des *déterminants structurels*. Collectivement, ils constituent les *déterminants sociaux des inégalités en santé*.

ENCADRÉ 2
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET INÉGALITÉS EN SANTÉ – PERSPECTIVES AUTOCHTONES

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et le Ralliement national des Métis

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis représentent des peuples distincts ayant chacun leurs propres histoires, langues, pratiques culturelles, convictions politiques et croyances spirituelles. Néanmoins, ces groupes ont traditionnellement entretenu une conception similaire de la santé comme étant un tout et un équilibre entre les dimensions spirituelles, émotionnelles, mentales et physiques. De même, les déterminants sociaux de la santé sont reconnus, dans les perspectives autochtones, comme étant étroitement liés. Ceux-ci ont été décrits en utilisant la métaphore de l'arbre (14-17) :

- Le feuillage de l'arbre représente les déterminants *proximaux*, c'est-à-dire les déterminants ayant la plus grande influence directe (p. ex. les comportements liés à la santé, l'environnement physique et les soutiens sociaux).
- Le tronc représente les déterminants *intermédiaires* (p. ex. les capacités, systèmes, ressources et infrastructures dans la collectivité). Dans une perspective autochtone, ces déterminants peuvent comprendre les réseaux de parenté, la relation à la terre, la langue, les cérémonies et le partage des connaissances. Leur effet peut toucher davantage les déterminants proximaux de la santé que la santé d'une personne (14,18).
- Les racines représentent les déterminants *distaux* ou *structurels*, qui correspondent aux fondements historiques, politiques, idéologiques, économiques et sociaux. Ces déterminants peuvent comprendre des éléments favorables, tels que l'autodétermination, la spiritualité et les visions du monde autochtones. Cependant, lorsque les racines sont mal en point en raison de mauvais traitements et de lacunes, cela peut avoir une incidence négative sur les déterminants qui se situent au-dessus et amener un déséquilibre entre les dimensions physiques, spirituelles, émotionnelles et mentales de la santé.

Du point de vue des Métis, il est important d'intégrer les approches de développement des connaissances autochtones et occidentales afin de tirer de façon holistique des récits, expériences, informations et données disponibles de ces deux «modes de connaissance» ancestraux (17). Une approche spécifique qui a été développée est le Métis Life Promotion Framework ©, qui utilise un processus délibératif de réflexion individuelle et de groupe pour identifier l'impact d'un problème de santé particulier sur huit principales Wellness Areas © (nature, identité, développement, relation, réseau environnement et gouvernance) pour comprendre la santé et le bien-être au niveau individuel ou communautaire (17).

Pour être en mesure d'appréhender les inégalités en santé qui existent entre les Autochtones et les non-Autochtones, il faut comprendre les déterminants historiques, politiques, sociétaux et économiques qui ont influencé la santé des Autochtones. Pour les Autochtones, la structure coloniale est largement responsable de la déstabilisation des racines de l'arbre métaphorique (19). La colonisation, en visant à assimiler les Autochtones à la culture eurocanadienne dominante, a énormément affaibli les langues et les cultures autochtones. La colonisation a réduit l'autodétermination des Autochtones en limitant leur capacité à influencer les politiques qui les concernent individuellement et collectivement. Le déplacement forcé des Premières Nations dans des collectivités éloignées et des réserves inhabitables et dépourvues de ressources; les prétentions des pouvoirs coloniaux sur les régions traditionnelles riches en ressources; l'oppression des Premières Nations découlant de la *Loi sur les Indiens*; l'héritage destructeur des pensionnats indiens et de la rafle des années 1960; la discrimination systémique contre tous les peuples autochtones sur le plan social et en matière de justice pénale, de soins de santé et d'emploi, de même que le manque d'investissements publics ou privés dans le développement économique des collectivités autochtones sont autant d'exemples de la manière dont la structure coloniale a engendré et perpétue les inégalités en santé qui existent aujourd'hui (14,20). En plus de cette expérience vécue du colonialisme, du racisme et des obstacles à l'autodétermination, les inégalités en santé chez les Métis ont aussi été particulièrement influencées par l'exclusion sociale et la perte de langues autochtones due à l'assimilation culturelle (14).

Ces positions socioéconomiques façonnent à leur tour les *déterminants intermédiaires* (que l'on appelle également *déterminants sociaux de la santé*), un ensemble complet de *conditions physiques et sociales* interreliées au sein desquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces conditions peuvent favoriser ou compromettre la santé. Les déterminants intermédiaires reflètent la place d'une personne dans les hiérarchies sociales. Autrement dit, la position socioéconomique influence fortement :

- le risque d'exposition et la vulnérabilité à des conditions néfastes pour la santé dans la vie quotidienne;
- la nature et l'étendue des ressources sociales et économiques disponibles pour protéger la santé, atténuer les effets des maladies et des blessures, et améliorer le bien-être global.

Les catégories principales de déterminants intermédiaires sont les *circonstances matérielles*, les *facteurs psychosociaux*, les *comportements liés à la santé* et les *facteurs biologiques*. Les circonstances matérielles comprennent le niveau de vie et les normes relatives au logement; les conditions de travail et les caractéristiques physiques du quartier (p. ex. les infrastructures et les aménagements publics, la propreté et la sécurité). Les facteurs psychosociaux y sont étroitement reliés. Ces facteurs résultent de l'interaction entre les conditions de l'environnement et le fonctionnement psychologique individuel. Parmi les grands facteurs psychosociaux qui sont liés aux inégalités en santé, on peut citer les facteurs de stress psychosociaux (p. ex. le stress au travail ou les événements négatifs de la vie), les liens sociaux ou l'isolement social, l'accès au soutien social, les styles et les ressources d'adaptation. Les comportements « en aval », qui concernent notamment le régime alimentaire, l'activité physique et la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que les facteurs biologiques (dont les facteurs génétiques) sont

les déterminants les plus proximaux de la santé, c'est-à-dire ceux dont l'influence est la plus directe (p. ex. les comportements liés à la santé, l'environnement physique et les soutiens sociaux)[2]. En conséquence, la biologie et les comportements individuels peuvent être vus comme l'étape finale par laquelle des processus sociaux inéquitables distaux (en amont)[3] se traduisent en iniquités dans les issues de santé et du bien-être.

Le cadre de la Commission des déterminants sociaux de la santé comprend deux boucles de rétroaction importantes. La première concerne le système de santé, qui est conceptualisé comme un déterminant social ou intermédiaire de la santé, malgré son rôle direct de médiateur des effets des autres déterminants intermédiaires. Le système de santé peut contribuer à la répartition de la santé ou des maladies dans la société par ses modalités de prévention et de traitement des maladies, ainsi que de promotion de la santé et du bien-être (que soit, par exemple, la promotion d'un accès universel aux services de santé essentiels indépendamment de la position socioéconomique, un investissement proportionnel dans la prévention primaire et les initiatives de promotion de la santé de la population, ou l'attribution ciblée de financement aux populations vulnérables). Ainsi, le système de santé atténuera ou aggravera les effets des iniquités dans l'exposition et la vulnérabilité aux préjudices, ainsi que les conséquences différentielles des maladies.

La deuxième boucle de rétraction concerne l'effet sur l'équité en matière de santé et de bien-être, le résultat final du cadre de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Indépendamment du statut social, les effets des maladies et des blessures peuvent se répercuter sur le statut socioéconomique d'une personne, en touchant par exemple sa situation professionnelle ou son revenu. Même à ce stade, des conditions inéquitables préalables favorisent davantage d'iniquités, car les conséquences économiques et sociales d'une mauvaise santé peuvent varier substantiellement selon la position socioéconomique initiale de la personne qui tombe malade ou se blesse. Les personnes qui se trouvent au bas de la hiérarchie sociale (et qui disposent de moins de ressources pour atténuer les conséquences d'une mauvaise santé) ont tendance à subir plus durement les effets d'une mauvaise santé sur leur position socioéconomique que les personnes qui occupent les échelons supérieurs. Cela renforce encore plus les iniquités de haut niveau en ce qui concerne les déterminants structurels.

Le suivi des éléments et des résultats du cadre de la Commission des déterminants sociaux de la santé, tel que présenté dans le présent document, nécessite la collecte et l'analyse systématiques de données. Cette surveillance est indispensable à la mesure des progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs d'équité en santé.

Surveillance des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé

Dans son rapport final, la Commission des déterminants sociaux de la santé estimait que « l'action sur les déterminants sociaux de la santé sera plus efficace s'il existe des systèmes de données de base – comme les statistiques d'état civil et les données obtenues par l'observation systématique des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé – et des mécanismes permettant d'analyser les données et de les utiliser pour élaborer des interventions plus performantes » (12). La Commission a exhorté les gouvernements nationaux à investir dans la formation sur les déterminants sociaux de la santé, afin d'améliorer la capacité des décideurs, des professionnels de la santé

2. Même si les facteurs comportementaux prennent la forme de choix personnels à l'échelle individuelle, ces choix sont influencés par la position socioéconomique, qui délimite l'étendue et l'accessibilité des possibilités et des choix liés à la santé dans les différentes strates des hiérarchies sociales, dans la mesure où chaque strate est exposée à des conditions sociales et matérielles différentes.

3. Les facteurs « en amont » (ou facteurs distaux) désignent la manière dont notre société est organisée, et notamment la répartition du pouvoir et des ressources qui façonnent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Les interventions à l'échelle individuelle ne permettent pas, à elles seules, de les modifier (26).

et des intervenants d'autres disciplines (p. ex. l'urbanisme). Elle leur recommandait aussi d'instaurer « des systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé qui recueillent méthodiquement des données sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé », en effectuant une stratification selon les groupes sociaux pertinents dans chaque pays.

Pour aider les gouvernements dans cette démarche, la Commission des déterminants sociaux de la santé a proposé des lignes directrices concernant des systèmes nationaux de surveillance minimale (voir le tableau 1) et exhaustive de l'équité en santé. La Commission encourageait les pays à se doter progressivement d'un cadre de surveillance complet :

Il devrait inclure des informations sur les inégalités en santé, les déterminants de la santé et les conséquences du mauvais état de santé. Les informations sanitaires devraient être présentées de manière stratifiée, à l'aide de critères de classification sociaux et régionaux. Si les informations sanitaires concernant certains groupes sociaux spécifiques doivent être incluses, le niveau absolu de la santé des groupes défavorisés, en particulier, représente un indicateur important pour les responsables des politiques. En outre, les mesures qui résument l'ampleur des inégalités en santé entre les groupes de population doivent y être signalées. Il est conseillé d'insérer à la fois des mesures d'équité en santé relatives et absolues, étant donné que ces types de mesure sont complémentaires et que les résultats dépendent du type utilisé (12).

Le système de surveillance de l'équité en santé d'un pays doit faire usage des données représentatives à l'échelle nationale qui sont disponibles et comparables dans le temps. Les statistiques de l'état civil peuvent servir à estimer la mortalité par strate sociale et groupe d'âge, et les données relatives à la morbidité peuvent provenir d'enquêtes de population ou de sources administratives. Le cas échéant, des données de bonne qualité sur la santé des Autochtones doivent aussi être incluses dans le système de surveillance de l'équité en santé.

TABLEAU 1 : Recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé en faveur d'un système de surveillance minimale de l'équité en santé

INDICATEURS	MESURES DE L'INIQUITÉ
Données sur la mortalité : Indicateurs de la mortalité infantile, de la mortalité des adultes et de l'espérance de vie	**Stratification fondée sur le sexe et analyse selon le sexe**
Données sur la morbidité : Au moins trois indicateurs pertinents à l'échelle nationale	**Stratification des données :** Au moins deux marqueurs sociaux (p. ex. le revenu, le niveau de scolarité, la profession, l'ethnicité ou la race) et un marqueur régional (p. ex. la province, le milieu rural ou urbain)
Données autoévaluées sur la santé : Indicateurs de l'état de santé physique et mentale	**Mesures sommaires :** Au moins une mesure sommaire de l'iniquité absolue en santé et une mesure sommaire de l'iniquité relative en santé

Source : Adapté de Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008 : 181.

Mesure des inégalités en santé au Canada : l'élaboration d'indicateurs

L'Initiative sur les inégalités en santé se fonde sur un solide ensemble de travaux réalisés par d'autres en vue de renforcer la capacité de mesurer, surveiller et réduire les inégalités en santé au Canada (encadré 3).

Le point de départ des travaux actuels de l'Initiative sur les inégalités en santé est un ensemble d'indicateurs des inégalités en santé au Canada qu'a proposé le RSP en 2009 (22). Cet ensemble d'indicateurs a été mis au point par le GEPSP du RPS[4] en réponse à l'appel lancé par la Commission des déterminants sociaux de la santé en vue de la création de systèmes de surveillance de l'équité en santé. Il avait pour vocation

4. Il s'agit du prédécesseur de l'actuel Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé.

d'appuyer la mesure et le suivi des inégalités en santé au Canada et d'encourager une action concertée des différentes administrations. Le GEPSP s'est fondé sur une série de consultations et d'ateliers d'experts, des recensions commandées des écrits canadiens et internationaux sur la mesure des inégalités en santé et l'élaboration d'indicateurs, des évaluations des indicateurs de santé qu'utilisent actuellement Statistique Canada et l'ICIS, et l'étude des sources de données canadiennes disponibles.

Conformément aux lignes directrices de la Commission des déterminants sociaux de la santé, le GEPSP a proposé un ensemble d'indicateurs des inégalités en santé en s'inspirant des catégories décrites dans le cadre complet de surveillance de l'équité en santé (12). Selon les critères utilisés pour définir et sélectionner les indicateurs, ces derniers devaient :

- permettre la présentation de résultats en fonction d'un éventail de variables relatives aux groupes sociaux, notamment le statut socioéconomique (niveaux de revenu et de scolarité), le sexe ou le genre, le lieu de résidence (rural ou urbain; désagrégé par province ou territoire), l'identité autochtone, et la race ou l'origine ethnique;
- puiser dans des sources de données qui sont disponibles à l'échelle nationale, provinciale ou régionale ou qui peuvent être élaborées de manière réaliste;
- être importants et permettre de définir des actions concrètes;
- saisir l'essence de l'enjeu;
- se prêter à une interprétation normative claire et reconnue;
- être valides et fiables;
- correspondre aux domaines d'intérêt et aux priorités en matière de politique à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale (22).

ENCADRÉ 3
MESURER LES INÉGALITÉS EN SANTÉ AU CANADA – LES PRINCIPALES ÉTAPES (2004–2010)

2004 : Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont organisé la Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population dans le but d'examiner les modalités possibles de l'intégration d'une « dimension éthique » à leur Cadre conceptuel des indicateurs de santé.

2004 : Le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial (FPT) sur la santé de la population et la sécurité de la santé a demandé des améliorations aux systèmes existants d'information sur la santé afin d'améliorer la surveillance, le suivi et la production de rapports dans le domaine des inégalités en santé.

2005 : Les ministres de la Santé FPT ont créé le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) à titre de mécanisme intergouvernemental de premier plan pour renforcer et améliorer la capacité en santé publique au Canada et pour permettre aux gouvernements FPT d'adopter une approche collaborative à l'égard des problèmes de santé publique, d'améliorer les issues de santé et de réduire les inégalités en santé.

2006–2009 : Le Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (GEPSP) du RSP a élaboré un ensemble d'indicateurs afin de mesurer et de suivre l'état des inégalités en santé au Canada.

2010 : Le Conseil du RSP a approuvé le rapport final du GEPSP intitulé *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé*.

Le GEPSP a exposé sa proposition de liste finale d'indicateurs des inégalités en santé pour le Canada dans un rapport de 2009, que le Conseil du RSP a par la suite approuvé (22). Les indicateurs du RSP ont servi de base aux travaux actuels de l'Initiative sur les inégalités en santé.

Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé

En s'appuyant sur l'ensemble d'indicateurs proposés par le RSP en 2010, l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé regroupe des données sur plus de 70 indicateurs des issues de santé, des facteurs de risque et des déterminants sociaux de la santé. Ces indicateurs sont désagrégés au moyen de différentes variables socioéconomiques et sociodémographiques pertinentes du point de vue de l'équité en santé (en fonction de la disponibilité des données), notamment :

- le sexe ou le genre;
- l'âge;
- le revenu;
- le niveau de scolarité;
- l'emploi;
- la profession;
- le statut d'immigrant;
- l'identité autochtone;
- la race ou l'origine ethnique;
- la résidence en milieu rural ou urbain;
- la défavorisation matérielle et sociale;
- la santé fonctionnelle/la participation et les limitations d'activités;
- l'orientation sexuelle.

L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé fournit une mesure de référence exhaustive et systématique de l'état des inégalités en santé au Canada. L'Initiative vise à soutenir les activités de recherche et de surveillance, d'éclairer les décisions relatives aux politiques et aux programmes pour réduire plus efficacement les inégalités en santé, et de rendre possible le suivi des progrès réalisés au fil du temps.

Le premier produit d'envergure de l'Initiative est l'Outil de données sur les inégalités en santé. Cette ressource statistique interactive, accessible en ligne, permet aux utilisateurs d'explorer, de visualiser et de télécharger des données désagrégées sur l'ensemble des indicateurs (plus de 70). L'Outil de données se trouve dans l'Infobase de la santé publique de l'ASPC à l'adresse suivante : https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx.

Le présent rapport est le deuxième produit d'envergure de l'Initiative. Il met à profit et complète l'Outil de données en faisant ressortir certaines des inégalités en santé les plus prononcées et répandues au Canada, en tant que domaines potentiels pour une action prioritaire. Les résultats pour 22 indicateurs clés des inégalités en santé, qui se rapportent à un ensemble de déterminants sociaux de la santé, de comportements liés à la santé et des issues de santé, y sont examinés en fonction de diverses stratifications sociales par groupe socioéconomique ou sociodémographique. Ces indicateurs ont été sélectionnés dans l'Outil de données en utilisant une combinaison de critères quantitatifs et qualitatifs, qui tenaient compte de l'importance des inégalités observées et de leur répartition dans les groupes de la population; de l'équilibre entre les déterminants en amont et en aval de la santé; de la couverture liée aux différents stratificateurs sociaux; et de l'harmonisation avec les priorités stratégiques fédérales, provinciales et territoriales. (Le chapitre Méthodologie renferme une description détaillée du processus de sélection des principaux indicateurs.)

ENCADRÉ 4
MISE EN CONTEXTE – LES INDICATEURS DES INÉGALITÉS EN SANTÉ DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Les indicateurs retenus dans le présent rapport aident à faire ressortir les inégalités en santé qui existent entre les Autochtones et les non-Autochtones. Ils sont également utiles pour évaluer les progrès réalisés en vue d'éliminer ces inégalités. Toutefois, leurs limites doivent être reconnues. En eux-mêmes, ces indicateurs sont insuffisants pour créer des programmes et des politiques qui contribuent à l'amélioration de la santé de la population. Dans les faits, s'ils sont mal utilisés, ces indicateurs quantitatifs et basés sur les lacunes peuvent même s'avérer néfastes, dans la mesure où ils risquent de perpétuer des stéréotypes négatifs envers les Autochtones. Ils n'intègrent pas les conceptions autochtones de la santé et du mieux-être, et ils ne reflètent pas la notion d'un collectif ou des relations avec les autres êtres humains, les animaux, les esprits ou les objets animés, tels que les montagnes ou l'eau (23,24). De plus, sans contexte explicatif approprié au sujet des facteurs historiques, économiques, politiques et sociaux qui ont eu une incidence sur les collectivités autochtones (p. ex. le financement inadéquat des infrastructures ou encore les politiques discriminatoires qui limitent l'accès aux prêts ou au financement hypothécaire), les indicateurs qui ne portent que sur les problèmes présents dans ces collectivités peuvent accentuer les attitudes discriminatoires à l'endroit des Autochtones.

En fin de compte, une évaluation inclusive de la santé doit refléter une compréhension des priorités et valeurs fondamentales des personnes concernées. Pour que la planification et les interventions soient efficaces, les indicateurs concernant les Autochtones doivent être issus de la communauté. Ils doivent aussi tenir compte des ressources, des récits et des visions du monde des Autochtones (24). Il est préférable de recourir à une approche équilibrée, présentant les forces et les faiblesses de manière égale, lorsqu'on décrit la santé d'une population. Par rapport à la seule description des problèmes existants dans une collectivité, la détermination des facteurs de protection, tels que la résilience, l'autodétermination, et l'identité – avec l'inclusion de modalités qualitatives et adéquates sur le plan culturel pour saisir ces connaissances – offre une meilleure compréhension de la question. Elle peut aussi s'avérer plus efficace pour outiller des personnes ou une collectivité et les inciter à améliorer leur santé.

Le présent rapport s'appuie sur un certain nombre d'enquêtes nationales et de bases de données administratives pour donner corps aux indicateurs, notamment l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la Base canadienne de données sur l'état civil et le Registre canadien du cancer. Si bon nombre de ces sources contiennent des données sur les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, la plupart d'entre elles excluent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), la seule enquête nationale sur la santé à être dirigée par les membres des Premières Nations au Canada, contribue à pallier cette lacune. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) a coordonné l'ERS, avec le concours de dix partenaires régionaux. L'ERS recueille des renseignements sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, en s'appuyant à la fois sur les conceptions occidentales et traditionnelles de la santé et du bien-être. Dans le cadre du présent rapport, le

CGIPN a fourni, le cas échéant, les données nationales de l'ERS et des renseignements contextuels sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord.

Portée du rapport

Puisque l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé est la première démarche pancanadienne qui vise à mesurer et à décrire de manière systématique et exhaustive l'état des inégalités en santé au pays, il est important de préciser la portée du présent rapport. Le rapport quantifie les inégalités absolues et relatives en ce qui concerne les issues de santé, les comportements liés à la santé et les déterminants sociaux de la santé parmi divers groupes de la population (stratificateurs sociaux), ainsi que l'incidence potentielle de ces inégalités à l'échelle de la population. Le rapport dresse un portrait général de la répartition, de l'importance et des répercussions des inégalités en santé dans les différents groupes de la population.

Le rapport n'a *pas* pour objet d'évaluer la relation causale entre les stratificateurs sociaux et les issues de santé ou les déterminants de la santé. Il ne vise pas non plus à distinguer les croisements multiples entre plusieurs positions sociales ou déterminants de la santé. Or, c'est un fait connu que les inégalités en santé dépendent d'un système complexe de facteurs sociaux (les déterminants structurels et intermédiaires de la santé), qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris. De plus en plus, les spécialistes en santé de la population utilisent des techniques et des outils d'analyse poussés, tels que les méthodes d'analyse de systèmes complexes (dont la modélisation à base d'agents, la dynamique des systèmes et la simulation d'événements discrets) afin de mieux comprendre comment ces facteurs dynamiques, multiniveaux et interreliés participent aux inégalités en santé et à la santé de la population (25).

Bien que l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé cherche à améliorer la surveillance et la production de rapports pour appuyer la promotion de l'équité en santé au Canada, le présent rapport n'a pas pour objet d'évaluer ou de recommander des programmes ou des politiques d'intervention particuliers à l'égard des inégalités ou des iniquités en santé.

Autres chapitres du rapport

Le chapitre Méthodologie fournit une description détaillée des méthodes employées par l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé, notamment la démarche d'analyse ayant servi à calculer les inégalités en santé et le processus de sélection des 22 indicateurs du rapport.

Les chapitres portant sur les indicateurs présentent les résultats pour chaque indicateur tour à tour (certains indicateurs sont regroupés par thème en un seul chapitre). Le rapport renferme les chapitres suivants : inégalités relatives à l'espérance de vie et à l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé; inégalités relatives à la mortalité infantile; inégalités relatives à la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles; inégalités relatives à la mortalité attribuable au suicide; inégalités relatives à la santé mentale perçue (faible autoévaluation de la santé mentale) et aux hospitalisations liées à la santé mentale; inégalités relatives à l'arthrite; inégalités relatives à l'asthme; inégalités relatives au diabète; inégalités relatives à l'obésité; inégalités relatives à la santé buccodentaire : incapacité à mâcher; inégalités relatives à la tuberculose; inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool; inégalités relatives au tabagisme, à l'exposition à la fumée secondaire et à l'incidence du cancer du poumon; inégalités relatives au développement de la petite enfance; inégalités relatives aux besoins impérieux en matière de logement; inégalités en matière d'insécurité alimentaire des ménages; inégalités relatives aux travailleurs à faible revenu.

Discussion et implications : Une revue succincte, en guise de conclusion, des principes clés pour agir et de l'état des données probantes au sujet des pratiques prometteuses dans le domaine de la réduction des inégalités en santé.

Références

(1) Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *Réduire les disparités sur le plan de la santé : rôles du secteur de la santé*. 2005.

(2) Butler-Jones D. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada, 2008.

(3) Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*. Ottawa (Ontario) : ICIS; révisé en juillet 2016 .

(4) Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. AJPH. 2014;104(S4):S517-9.

(5) Adler NE, Rehkopf DH. US disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. Annu Rev Public Health. 2008;29:235-52.

(6) Benjamin G, Goldman L, Hernandez S, et al. Advancing the health of communities and populations. National Academy of Medicine; 2016 .

(7) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promot Internation. 1991;6(3):217-28.

(8) Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. Am J Public Health. 2011;101(S1):S149-55.

(9) Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. Public Health Rep. 2014;129(1_suppl2):5-8.

(10) The concern for equity in health. In: Anand S, Peter F, Sen A, editors. Public health, ethics, and equity: Oxford University Press on Demand; 2004.

(11) Venkatapuram S. On health justice. Some thoughts and responses to critics. Bioethics. 2016;30(1):49-55.

(12) Commission des déterminants sociaux de la santé. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008 [document consulté le 31 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.

(13) Solar O et Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2007 [document consulté le 6 juin 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

(14) Reading C et Wien F. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009.

(15) Inuit Tapiriit Kanatami . Social determinants of Inuit Health in Canada [Internet]. Ottawa: Inuit Tapiriit Kanatami; 2014 [cited 2017 Sep 29]. Available from: https://itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf.

(16) Reading C. Structural determinants of aboriginal peoples' health. In: Greenwood M, De Leeuw S, Lindsay N, Reading C, editors. Determinants of aboriginal peoples' health, 2015. p. 1-15.

(17) Martens P, Bartlett J, Burland E, et al. Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study [Internet]. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy; 2010 [cited 2017 Sep 29]. Available from: http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_(update_aug11_2011).pdf.

(18) Loppie S, Reading C et de Leeuw S. *L'effet du racisme sur les Autochtones et ses conséquences.* Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2014 [document consulté le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-AboriginalExperiencesRacismImpacts-Loppie-Reading-deLeeuw-FR.pdf.

(19) Waldram JB, Herring A, Young TK. Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives. University of Toronto Press; 2006.

(20) Dussault R, Erasmus G. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones.* 1996.

(21) Young IM. Equality of whom? Social groups and judgments of injustice. Journal of Political Philosophy. 2001;9(1):1-18.

(22) Réseau pancanadien de santé publique (Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population). *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé.* 2010.

(23) Anderson, M., Smylie, J., Anderson, I., Sinclair, R., Crengle, S. Discussion Paper No. 18. First Nations, Métis, and Inuit Health Indicators in Canada. A Background Paper for the project "Action Oriented Indicators of health and health systems Development for Indigenous Peoples in Australia, Canada, and New Zealand" [Internet]. Melbourne: Onemda VicHealth Koori Health Unit; 2006 [cited 2017 Sep 29]. Available from: http://onemda.unimelb.edu.au/sites/default/files/docs/dP18.pdf.

(24) Donatuto J, Campbell L, Gregory R. Developing responsive indicators of indigenous community health. International journal of environmental research and public health. 2016;13(9):899.

(25) Kaplan G, Diez Roux A, Galea S, Simon C editors. Growing inequality: bridging complex systems, population health, and health disparities. : Washington, DC: Westphalia Press. Google Scholar; 2016.

(26) Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities. Eur J Epidemiol. 2017;32(7):537-46.

MÉTHODOLOGIE

ACRONYME	NOM COMPLET
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BCDM	Base canadienne de données sur la mortalité
BCDN	Base canadienne de données sur les naissances
BDSMMH	Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada
CIM-O-3	Classification internationale des maladies : oncologie, troisième édition
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition
DT	Différence de taux
ECI	Enquête canadienne sur l'incapacité
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EVAS	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
FA	Fractions attribuables
FAP	Fraction attribuable dans la population
GEPSP	Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population
IC	Intervalles de confiance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMC	Indice de masse corporelle
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
LGBT	Lesbienne, gai, bisexuel, transgenre
NPRP	Nombre de personnes à risque dans la population
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RCC	Registre canadien du cancer
RSP	Réseau pancanadien de santé publique
RT	Ratio de taux
SCDCT	Système canadien de déclaration des cas de tuberculose
TAP	Taux attribuable dans la population

1) Introduction

Les politiques et les interventions efficaces pour réduire les iniquités en santé se basent sur la mesure et la surveillance systématiques des inégalités en santé et des indicateurs qui représentent les principaux déterminants sociaux de la santé (1). La surveillance des inégalités en santé entre les différents groupes de la population nous permet d'observer la taille et la répartition des inégalités, ainsi que de repérer les sous-populations qui présentent certaines tendances défavorables. La mesure et la surveillance apportent l'information nécessaire pour orienter la recherche sur les causes profondes des inégalités en santé, élaborer des politiques axées sur l'équité afin d'améliorer la santé de la population, et évaluer les répercussions des interventions.

La création de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé a été chapeautée par le Réseau pancanadien de santé publique (RSP), un organisme intergouvernemental mis sur pied en 2005 par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux dans le but de renforcer la capacité du Canada en santé publique. Depuis 2006, le RSP et son Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (GEPSP) – et par la suite le Comité directeur pour des personnes et des collectivités en santé du RSP – ont dirigé l'élaboration d'un ensemble de déterminants et d'indicateurs des inégalités en santé qui correspond au contexte canadien. Ces travaux s'inspirent notamment du rapport final de la Commission des déterminants sociaux

de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux* (1); des recommandations du rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, *Un Canada en santé et productif : Une approche axée sur les déterminants de la santé* (2); et de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (3).

Les systèmes de surveillance des inégalités en santé utilisent des données désagrégées pour montrer de quelle façon les différentes issues de santé, comportements et déterminants sont répartis dans les groupes de la population. Comme tout processus de surveillance, la surveillance des inégalités en santé comprend la sélection d'indicateurs pertinents, l'obtention et l'analyse des données, et enfin la communication des résultats. Le choix d'un ensemble d'indicateurs nationaux nécessite un processus systématique, exhaustif et itératif, qui comporte plusieurs étapes et de multiples intervenants.

En 2013, l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé – sous la direction de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en partenariat avec le RSP, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé – a réalisé une analyse de référence exhaustive, portant sur plus de 70 indicateurs, pour mesurer les inégalités en santé au Canada. (Cette analyse est accessible par l'entremise de l'Outil de données sur les inégalités en santé.) L'importance et l'impact des inégalités sur la population sont estimés pour chaque indicateur à l'aide de six mesures, et les résultats sont stratifiés selon 13 groupes socioéconomiques et sociodémographiques différents. Il s'agit de l'ensemble de données le plus volumineux et le plus exhaustif sur les inégalités en santé au Canada.

Le présent chapitre offre une description des méthodes utilisées pour le calcul des inégalités. Il expose le processus de sélection des indicateurs relatifs aux inégalités les plus marquées et les plus pertinentes au regard des politiques qui figurent dans ce premier rapport. Ces indicateurs pourront servir de référence à des analyses ultérieures, en permettant la comparaison et le suivi des inégalités au fil du temps, ce qui représente une étape décisive pour promouvoir l'équité en santé.

2) Démarche d'analyse

En 2009, le Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population du RSP[5] a recommandé une liste d'indicateurs des inégalités en santé et de stratificateurs de l'équité (4) à la suite d'un examen exhaustif des données relatives aux inégalités en santé au Canada et des indicateurs comparables utilisés dans d'autres pays. L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé a choisi environ 70 indicateurs pour la surveillance en s'appuyant sur cette liste initiale et sur le cadre conceptuel en matière d'équité en santé de l'OMS (5). Ces indicateurs comprenaient à la fois des issues de santé (p. ex. mortalité, morbidité, mesures de santé autoévaluée et issues liées à des causes particulières) et des déterminants de la santé (p. ex. comportements liés à la santé, conditions de travail, environnement physique, milieu social, caractéristiques démographiques et mesures du statut socioéconomique) (4). L'Outil de données sur les inégalités en santé permet d'accéder aux données se rapportant à tous les indicateurs.

5. Il s'agit du prédécesseur de l'actuel Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé.

Obtention des données

Au total, 22 indicateurs des principales inégalités en santé au Canada ont été sélectionnés pour figurer dans le présent rapport, à partir de l'ensemble complet de plus de 70 indicateurs (voir le point Choix des indicateurs clés, ci-dessous).

Les indicateurs du présent rapport s'appuient sur des données administratives et d'enquête provenant des sources nationales suivantes (et de leurs dépositaires respectifs) :

- Statistiques de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) (Statistique Canada);
- Statistiques de l'état civil – Base canadienne de données sur les naissances (BCDN) (Statistique Canada);
- Registre canadien du cancer (RCC) (Statistique Canada);
- Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) (ICIS);
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada);
- Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) (Statistique Canada);
- Enquête nationale auprès des ménages (ENM) (Statistique Canada);
- Offord Centre for Child Studies (Offord Centre for Child Studies);
- Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) (ASPC);
- Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations) (voir l'encadré 1).

ENCADRÉ 1
DONNÉES SUR LES INÉGALITÉS EN SANTÉ CHEZ LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET DANS LES COLLECTIVITÉS DU NORD

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Bien que bon nombre d'enquêtes nationales sur la santé au Canada, notamment celles utilisées dans le présent rapport, recueillent des données sur les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, la plupart de ces enquêtes excluent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), la seule enquête nationale sur la santé à être dirigée par les membres des Premières Nations au Canada, contribue à pallier cette lacune. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) a coordonné l'ERS, en collaboration avec ses dix partenaires régionaux. L'ERS recueille des renseignements sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, en s'appuyant à la fois sur les conceptions occidentales et traditionnelles de la santé et du bien-être.

Le présent rapport incorpore autant que possible les données de l'ERS et des renseignements contextuels émanant du CGIPN. Les données de l'ERS viennent compléter les renseignements provenant de l'ESCC dans les chapitres sur l'arthrite, l'asthme, le diabète, l'obésité, le tabagisme, la consommation élevée d'alcool et la santé mentale perçue (chez les jeunes). De plus, les données sur l'insécurité alimentaire provenant de l'ERS sont comparées aux valeurs tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones, et les données de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Premières Nations sont comparées aux valeurs de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé.

Afin que la taille de l'échantillon soit suffisante pour la stratification des groupes de la population, les données de plusieurs années ont été combinées au besoin. Par exemple, les données de la BCDM ont été regroupées sur une période de trois ans (2009–2011), tout comme celles du RCC (2008–2010). Les données de la BDSMMH portaient sur une période de quatre ans (2009–2012). Pour l'ESCC et le SCDCT, les données sur quatre et cinq années, respectivement, ont été combinées.

Le tableau 1 comprend une liste des indicateurs décrits dans le rapport, avec la définition, la période d'observation et la source des données de chacun d'eux.

Tableau 1. Définitions des indicateurs clés retenus

CATÉGORIE	INDICATEUR	DÉFINITION DE L'INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES (ANNÉES)
État de santé			
Espérance de vie	Espérance de vie à la naissance (niveau écologique)	Nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre, au total, selon les statistiques de mortalité pour la période d'observation retenue.	BCDM (2009–2011)
	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) à 18 ans (niveau individuel)	Nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre en santé, à partir de ses 18 ans, selon les statistiques de mortalité pour la période d'observation retenue.	Base de données couplées composée de l'ESCC et de la BCDM (2000–2011)
Mortalité	Mortalité infantile – poids ≥500 grammes	Taux brut d'enfants pesant 500 grammes ou plus qui meurent durant la première année de vie. Ce taux est exprimé pour 1 000 naissances vivantes.	Base de données couplées composée de la BCDN et de la BCDM (2008–2011)
	Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles – tous âges confondus	Taux brut et standardisé selon l'âge de décès attribuables à des blessures non intentionnelles pour 100 000 habitants. Les blessures non intentionnelles comprennent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, entre autres, mais pas les complications survenant au cours d'actes médicaux (codes V01 à X59, et Y85 à Y86 de la CIM-10).	BCDM (2009–2011)

Maladie mentale	Automutilation/suicide – tous âges confondus	Taux brut et standardisé selon l'âge de décès par suicide (codes X60 à X84 de la CIM-10) pour 100 000 habitants.	BCDM (2009–2011)
	Hospitalisations liées à la santé mentale – 15 ans et plus	Taux brut et standardisé selon l'âge, pour 100 000 habitants, de congés des hôpitaux généraux et psychiatriques à la suite d'une hospitalisation pour l'une des cinq maladies mentales sélectionnées (combinées) : troubles liés à la consommation de substances (CIM-10-CA : F55, F10 à F19; DSM-IV : 291, 292, 303, 304, 305); schizophrénie, troubles délirants et troubles psychotiques non organiques (CIM-10-CA : F20, F22, F23, F24, F25, F28, F29; DSM-IV : 295, 297, 298); troubles de l'humeur et troubles affectifs (CIM-10-CA : F30 à F34, F38.0, F38.1, F38.8, F39, F53.0; DSM-IV : 296, 300,4, 311); troubles anxieux (CIM-10-CA : F40, F41, F42, F43.0, F43.1, F43.8, F43.9, F93.0, F93.1, F93.2; DSM-IV : 300,0, 300,2, 300,3, 308,3, 309,8); certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM-10-CA : F60, F61, F62, F68, F69; DSM-IV : 301)	BDSMMH (2009–2012)
Santé autoévaluée	Santé mentale perçue – passable ou mauvaise 18 ans et plus (ERS : 12 à 17 ans)	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de personnes ayant déclaré que leur état de santé mentale était « passable » ou « mauvais »	ESCC (2010–2013), ERS (2008–2010)
Résultats liés à des causes particulières	Arthrite 18 ans et plus	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de répondants qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé.	ESCC (2010–2013); ERS (2008–2010)
	Asthme 18 ans et plus	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de répondants qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.	ESCC (2010–2013); ERS (2008–2010)
	Diabète, à l'exception du diabète gestationnel 18 ans et plus	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de répondants qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé (à l'exception du diabète gestationnel).	ESCC (2010–2013); ERS (2008–2010)
	Incapacité 18 ans et plus	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de personnes âgées de 15 ans et plus qui sont atteintes d'une incapacité légère, modérée, grave ou très grave (classification selon les limites éprouvées dans les activités quotidiennes par suite d'une incapacité ou autre difficulté à exécuter des tâches précises).	ECI (2012)
	Incidence du cancer du poumon	Taux brut et standardisé selon l'âge de nouveaux cas primaires de cancer du poumon (CIM-O-3 : C34.0 à C34.9) pour 100 000 habitants.	RCC (2008–2010)
	Obésité 18 ans et plus	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de personnes ayant un indice de masse corporelle (IMC) de 30,0 kg/m^2 ou plus.	ESCC (2010–2013); ERS (2008–2010)
	Santé buccodentaire – incapacité de mâcher 18 ans et plus	Pourcentage brut et normalisé selon l'âge de répondants qui ont déclaré une capacité limitée de mâcher des aliments fermes (p. ex. de la viande) ou une pomme fraîche.	ESCC (2007–2008)
	Tuberculose	Taux brut de cas déclarés de tuberculose active (nouveaux cas et cas de retraitement) pour 100 000 habitants.	SCDCT (2010–2014)

Déterminants de la santé			
Comportements liés à la santé	Consommation d'alcool – consommation abusive	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de répondants qui ont déclaré avoir pris cinq consommations ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année écoulée.	ESCC (2010–2012); ERS (2008–2010)
	Tabagisme 18 ans et plus	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de répondants qui ont déclaré être actuellement fumeur (quotidien ou occasionnel).	ESCC (2010–2013); ERS (2008–2010)
Environnement physique et social	Besoin impérieux en matière de logement	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de personnes dont le logement est non abordable (plus de 30 % du revenu annuel du ménage), a besoin de réparations majeures ou n'est pas de taille suffisante (nombre inadéquat de chambres compte tenu de la taille et la composition du ménage).	ENM (2011)
	Exposition à la fumée secondaire à la maison 18 ans et plus	ESCC : Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de non-fumeurs actuels qui ont déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur logement tous les jours ou presque tous les jours. ERS : Pourcentage brut et standardisé selon l'âge d'adultes qui ont déclaré vivre dans une maison sans fumée (l'analyse est circonscrite aux personnes ayant déclaré ne pas fumer actuellement).	ESCC (2010–2013); ERS (2008–2010)
Inégalités sociales	Insécurité alimentaire – ménage	ESCC : Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de personnes vivant dans des ménages touchés par une insécurité alimentaire modérée ou grave, que l'on mesure par l'existence de plusieurs problèmes de privation alimentaire, comme le recours à des banques alimentaires, se passer de fruits et légumes frais et acheter des aliments bon marché en raison d'un manque d'argent. Obtenu à partir des difficultés autodéclarées liées au revenu qui concernent l'accès à la nourriture ou son utilisation et qui ont une incidence sur la quantité ou la qualité de la nourriture consommée.	ESCC (2009–2012)
	Travailleurs à faible revenu	Pourcentage brut et standardisé selon l'âge de personnes âgées de 18 à 64 ans qui vivent indépendamment de leur famille d'origine et qui ont déclaré gagné au moins 3000 $ par an. Cela exclut les étudiants à temps plein dont le revenu après impôt se situe sous la mesure de faible revenu.	ENM (2011)

Développement de la petite enfance	Vulnérabilité sur le plan du développement de la petite enfance (enfants de 4 à 6 ans)	Pourcentage brut d'enfants de maternelle (âgés de 4 à 6 ans) qui sont vulnérables dans au moins l'un des domaines suivants du développement à l'entrée à l'école : • santé physique et bien-être (préparation physique pour l'école, indépendance physique, habiletés motrices fines et globales); • compétences sociales (compétence sociale générale, responsabilité et respect, styles d'apprentissage, ouverture à l'exploration de nouvelles choses); • maturité affective (comportement prosocial et aidant, comportement craintif et anxieux, comportement agressif et hyperactivité, inattention); • développement cognitif et langagier (habiletés de base en littératie, intérêt pour la littératie et la numératie et mémorisation, habiletés avancées en littératie et habiletés de base en numératie); • habiletés de communication et connaissances générales. Les enfants qui se classent dans les dix centiles inférieurs pour un domaine donné sont réputés « vulnérables » dans ce domaine. Les enfants qui sont vulnérables dans plus d'un domaine sont classés comme « vulnérables » au regard du développement à leur entrée à l'école.	Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) (l'année la plus récente de mise en œuvre de l'instrument pour chaque province ou territoire : Colombie-Britannique : 2010–2011 Saskatchewan : 2010–2011 Manitoba : 2010–2011 Ontario : 2011–2012 Québec : 2011–2012 Nouveau-Brunswick : 2008–2009 Île-du-Prince-Édouard : 2007–2008 Yukon : 2011–2012 Territoires du Nord-Ouest : 2011–2012

BCDN : Statistiques de l'état civil – Base de données sur les naissances; RCC : Registre canadien du cancer; ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; BCDM : Statistiques de l'état civil – Base de données sur les décès; ECI : Enquête canadienne sur l'incapacité; SCDCT : Système canadien de déclaration des cas de tuberculose; DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition; IMDPE : Instrument de mesure du développement de la petite enfance; BDSMMH : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier; CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision; CIM-10-CA : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada; CIM-O-3 : Classification internationale des maladies : oncologie, troisième édition; ENM : Enquête nationale auprès des ménages; ERS : Enquête régionale sur la santé des Premières Nations

Choix des stratificateurs sociaux

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (1) et le RSP dans son rapport de 2010 (4) ont recommandé que dans les analyses et rapports sur les inégalités en santé, les données disponibles soient stratifiées en fonction de plusieurs groupes de population et d'autres caractéristiques pertinentes de la population. Ainsi, dans la mesure du possible, les données relatives aux résultats sur la santé et aux déterminants de la santé ont été analysées selon chacun des stratificateurs sociaux suivants (8-14) (annexe 1) :

- Sexe ou genre
- Identité autochtone* (voir l'encadré 1)
- Origine culturelle ou raciale*
- Orientation sexuelle*
- Santé fonctionnelle*
- Participation et limitations d'activités*
- Statut d'immigrant*
- Revenu*
- Niveau de scolarité*
- Emploi
- Profession*
- Défavorisation matérielle et sociale*
- Résidence en milieu urbain ou rural*

Bien que toutes les sources de données renferment des renseignements sur le sexe des personnes uniquement, dans le présent rapport, nous faisons référence au sexe ou au genre en nous appuyant sur l'hypothèse selon laquelle les inégalités en santé entre les hommes et les femmes dépendent de l'influence réciproque des concepts de sexe et de genre sous l'angle biologique et social.

Les données d'enquête, y compris celles de l'ESCC, de l'ENM et de l'ECI, fournissent de l'information au niveau individuel sur ces stratificateurs. Cependant, ces derniers sont souvent absents des bases de données administratives, comme la BCDN, la BCDM, la BDSMMH et le RCC. Certains stratificateurs manquants, comme le revenu, le niveau de scolarité, l'identité autochtone, le statut d'immigrant et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, ont été calculés à partir des données du recensement, en utilisant l'information sur le lieu de résidence (code postal) incluse dans les données administratives. Des renseignements détaillés à propos des stratificateurs de type géographique et au niveau individuel sont fournis à l'annexe 1.

*Ces stratificateurs sociaux ont également été désagrégés selon le sexe ou le genre (figure 1).

Calcul des inégalités

La mesure et la surveillance des inégalités en santé nécessitent de produire autant que possible des rapports sur les mesures absolues et les mesures relatives, parce que ces mesures peuvent diverger en termes d'importance ou de direction du changement, ce qui peut mener à des conclusions différentes (1,6). Les mesures de l'inégalité absolue s'intéressent à la différence d'une issue de santé dans les populations désavantagées par rapport au groupe avantagé. Elles permettent aussi de quantifier les gains potentiels qu'engendrerait la réduction des inégalités en ce qui concerne la santé de la population générale. Les mesures de l'inégalité relative s'intéressent à l'inégalité proportionnelle entre les groupes; elles sont utiles pour comparer les inégalités entre les résultats mesurés sur différentes échelles (c'est-à-dire comparer les inégalités entre une sous-population et le groupe de référence en ce qui a trait à différents indicateurs). L'inclusion de mesures relatives et absolues dans la production de rapports permet d'augmenter la transparence, de réduire les biais de déclaration systématiques et d'améliorer les données probantes pouvant servir à l'élaboration de politiques visant à réduire les inégalités en santé (6,7).

FIGURE 1

Résumé de la démarche d'analyse

INDICATEURS

ÉTAT DE SANTÉ

Incluant les indicateurs pour :

- l'espérance de vie & l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
- la mortalité & l'incapacité
- la santé physique & mentale perçue
- les maladies infectieuses et chroniques

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Incluant les indicateurs pour :

- les comportements liés à la santé
- l'environnement physique & social
- les conditions de travail
- l'accès aux soins de santé
- la protection sociale
- les inégalités sociales
- le développement de la petite enfance

STRATIFICATEURS SOCIAUX

SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE

- Revenu
- Niveau de scolarité
- Situation d'emploi
- Profession
- Défavorisation matérielle et sociale

PEUPLES AUTOCHTONES

- Premières Nations
- Inuit
- Métis

LIEU DE RÉSIDENCE

- Milieu rural ou urbain

GROUPE DE POPULATION

- Groupe d'âge
- Statut d'immigrant
- Orientation sexuelle
- Santé fonctionnelle
- Origine culturelle ou raciale

SEXE : Homme ou femme

GÉOGRAPHIE : Nationale ou provinciale/territoriale

Le choix des mesures de l'inégalité a été éclairé par le document *Handbook on health inequality monitoring : with a special focus on low-and middle-income countries* (8) et s'est précisé au cours de discussions avec le groupe consultatif du projet : le groupe de travail technique sur le Rapport pancanadien sur les inégalités en santé[6]. Pour l'ensemble des mesures, le groupe de référence utilisé aux fins de comparaison entre les groupes de population était celui qui semblait le plus avantagé du point de vue social.

Les étapes ci-dessous ont servi à évaluer l'importance et les impacts des inégalités :

(1) Les taux de prévalence, d'incidence et de mortalité bruts et standardisés selon l'âge (et les intervalles de confiance à 95 % [IC à 95 %] correspondants) ont été calculés pour l'ensemble des groupes de population stratifiés associés aux indicateurs sélectionnés. Les taux ont été calculés sous la forme de taux d'événements

6. Le groupe de travail technique a été créé dans le but de fournir des conseils en ce qui concerne la méthodologie, l'analyse des données et l'interprétation des résultats pour l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé. Il se compose de spécialistes de la mesure et de la surveillance des inégalités en santé provenant du milieu universitaire, des gouvernements fédéraux/provinciaux/territoriaux et d'institutions de santé publique, en plus de représentants des partenaires clés de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada).

pour 100 000 (p. ex. mortalité, incidence de la tuberculose, taux d'hospitalisation pour maladie mentale) ou pour 1 000 (p. ex. mortalité infantile) au cours d'une année donnée, ou sous la forme d'une proportion pondérée des répondants à une enquête pour 100 personnes (p. ex. asthme et tabagisme) (annexe 2). La prévalence, l'incidence et le taux de mortalité propres au sexe ou au genre ont également été calculés pour chaque stratificateur social. La stratification par groupe d'âge a uniquement été réalisée pour les indicateurs tels que l'insécurité alimentaire, l'asthme, le suicide et les blessures non intentionnelles, lorsque les inégalités en fonction de l'âge semblaient évidentes dans le contexte canadien. Tous les taux ont été standardisés selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 2011 (annexe 2). L'annexe 3 contient les formules qui ont servi au calcul des taux bruts et standardisés selon l'âge, ainsi que des intervalles de confiance à 95 %.

(2) Pour quantifier l'importance des inégalités, les mesures suivantes ont été calculées pour chaque indicateur :

- Les ratios de taux et différences de taux pour la prévalence, l'incidence et la mortalité, dans le but d'évaluer les différences relatives et absolues entre les taux dans les groupes les moins avantagés et les plus avantagés.
- Les fractions attribuables (FA), qui expriment le pourcentage potentiel de réduction du taux ou de la prévalence qui pourrait être obtenu dans une population particulière (généralement le groupe le moins avantagé) si elle présentait le même taux que le groupe de référence (le plus avantagé).

(3) Pour mesurer les impacts des inégalités sur la population, les mesures suivantes ont été calculées pour chaque indicateur :

- Le taux attribuable dans la population (TAP), ou le taux d'un résultat dans la population totale si une sous-population particulière présentait le même taux de ce résultat que le groupe de référence (le plus avantagé).
- La fraction attribuable dans la population (FAP), ou la réduction du taux d'un résultat dans la population totale si une sous-population particulière présentait le même taux de ce résultat que le groupe de référence (le plus avantagé).
- Le nombre de personnes à risque dans la population (NPRP), ou la réduction du nombre de cas si une sous-population particulière présentait le même taux d'une issue que le groupe de référence.

Les définitions, les interprétations et des exemples de ces mesures sommaires se trouvent dans le document « Mesures sommaires de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé » (https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/inequality-measures-fr.aspx) sur l'Outil de données sur les inégalités en santé. Les formules ayant servi à calculer les mesures sommaires et leurs intervalles de confiance à 95 % sont disponibles à l'annexe 3.

(4) Les critères de déclaration des données ont ensuite été vérifiés en fonction des règles de suppression décrites à l'annexe 4.

3) Choix des indicateurs clés

La production de rapports sur les inégalités les plus prononcées nécessite de mesurer l'étendue des inégalités entre différents groupes de populations. Les indicateurs « clés » ont été sélectionnés en fonction de la taille des inégalités et de leur niveau de priorité sur l'ordre du jour des autorités de santé publique. La présente section décrit l'approche systématique utilisée pour repérer les inégalités les plus prononcées et pour choisir les indicateurs des principales inégalités qui figurent dans le rapport.

La sélection des indicateurs clés nécessitait deux étapes principales (figure 2) :

1. Classement quantitatif : une approche de tri systématique permettant de s'assurer que les données sont classées selon l'importance des inégalités relatives et absolues et le nombre de sous-groupes de population concernés.

2. Évaluation qualitative : une approche de tri supplémentaire, visant à évaluer les indicateurs selon la pertinence stratégique aux niveaux fédéral, provinciaux et territoriaux, la possibilité d'une intervention et la représentation des indicateurs dans différents domaines (état de santé, comportements liés à la santé et déterminants structurels de la santé).

Étape 1 : Classement quantitatif des indicateurs

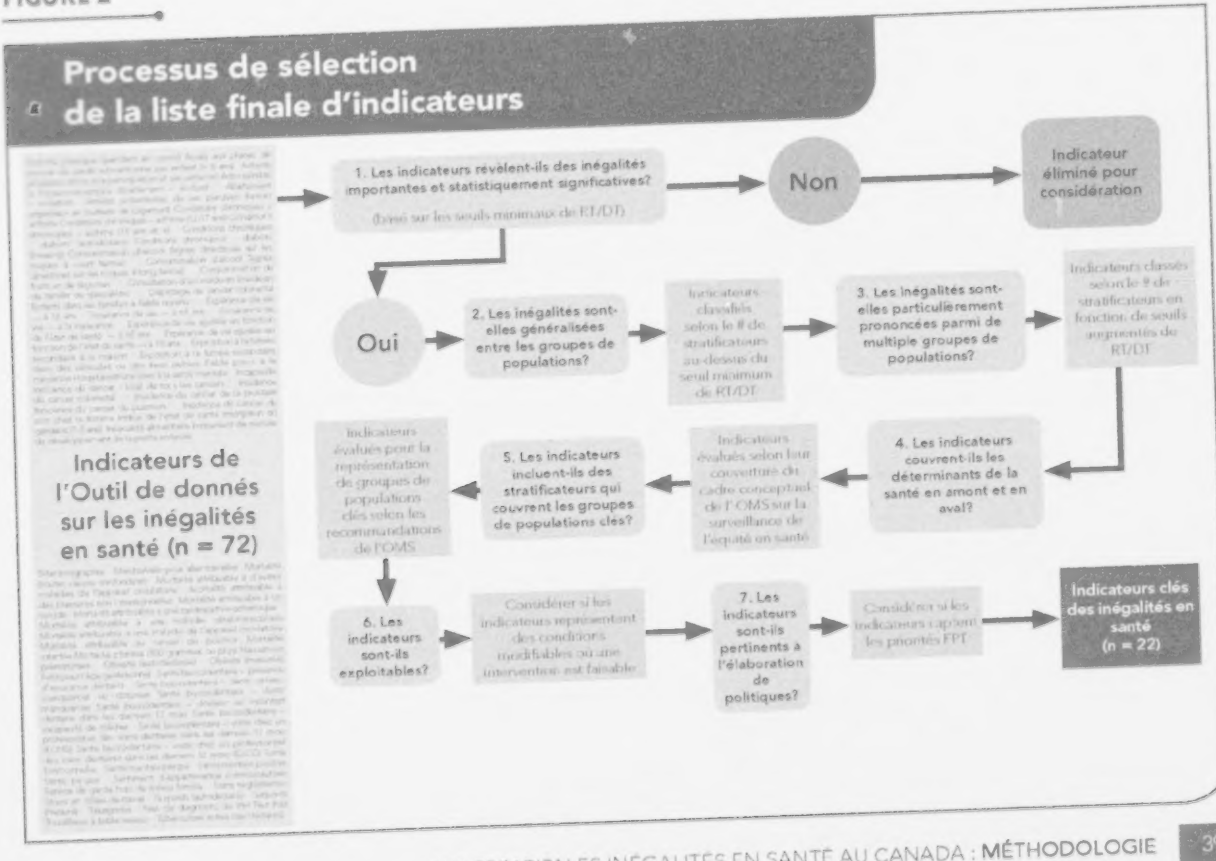
Une mesure absolue de l'inégalité (différence de taux) et une mesure relative de l'inégalité (ratio de taux) ont été utilisées pour le classement quantitatif des indicateurs, afin de déterminer l'ampleur des inégalités auxquelles font face différents groupes de population.

Le classement quantitatif des indicateurs comporte plusieurs étapes critiques.

(1) Les valeurs des mesures sommaires ont été évaluées afin de confirmer les points suivants :

- La couverture des données à l'échelle nationale;
- Un degré minimal de mesures sommaires non déclarées;
- Un degré minimal d'inégalités statistiquement significatives.

FIGURE 2



(2) Trois seuils numériques croissants ont été créés à l'aide de statistiques descriptives (p. ex. moyenne, médiane) pour les valeurs de la différence de taux et du ratio de taux de chaque indicateur.

(3) En utilisant ces seuils numériques successifs, les valeurs des mesures sommaires ont été triées dans le but de classer les indicateurs en fonction des inégalités élevées, moyennes et faibles qu'ils présentaient. Une valeur de 1 était attribuée à chaque catégorie (groupe de sous-population) chaque fois que la mesure sommaire pour ce groupe atteignait ces seuils. Le classement final des indicateurs reposait sur la note totale de chaque indicateur (annexe 5).

Cette démarche a permis de repérer les indicateurs qui correspondaient aux inégalités les plus prononcées et les plus répandues au sein des groupes de population. Environ la moitié des indicateurs en tête du classement et leurs groupes de population respectifs ont ensuite été examinés à la lumière du cadre pour la surveillance de l'équité en santé de la Commission des déterminants sociaux de la santé (9), afin de veiller à la représentation des groupes de population clés et des domaines des indicateurs de la santé (état de santé, déterminants de la santé : conditions de vie, déterminants de la santé : facteurs structurels).

Étape 2 : Priorisation qualitative des indicateurs

Les indicateurs présentant le plus grand niveau d'inégalités pour plusieurs groupes clés de population sont examinés à la lumière de trois critères différents, mais qui ne s'excluent pas mutuellement.

- La possibilité d'une intervention;
- La pertinence stratégique pour les autorités fédérales, provinciales et territoriales;
- La comparabilité internationale.

L'examen des indicateurs en fonction de ces critères a nécessité plusieurs consultations avec des experts en la matière et des experts des programmes et politiques, ainsi que l'étude des cadres et analyses contextuelles qui résument les priorités fédérales, provinciales et territoriales en santé publique. Les limites imposées par la disponibilité de données sur les indicateurs et les groupes de populations, de même que l'utilisation de mesures complexes de type géographique au lieu de données au niveau individuel, ont également fait l'objet de discussions avec les parties prenantes.

Ces consultations et évaluations ont permis de veiller à ce que les indicateurs sélectionnés reflètent les priorités stratégiques des autorités fédérales, provinciales et territoriales au Canada, et qu'ils soient harmonisés dans une mesure raisonnable avec la surveillance internationale. Ensemble, le classement quantitatif et l'évaluation qualitative fournissent un aperçu des principales inégalités en santé au Canada qui est valable scientifiquement et pertinent en ce qui a trait aux politiques. La liste finale d'indicateurs clés des inégalités a été approuvée par le Conseil du RSP, et elle constitue le point central du présent rapport.

L'ensemble final d'indicateurs des principales inégalités est le fruit d'un processus exhaustif et itératif, qui comprenait des consultations et la prise de décisions conceptuelles et techniques essentielles avec de nombreuses parties prenantes. Cet ensemble représente à la fois les priorités actuelles en santé publique et les différences les plus importantes dans les issues de santé au Canada. Ces deux éléments sont influencés par la disponibilité des données, l'évolution des tendances relatives à la santé de la population et les priorités émergentes dans le domaine de la santé publique. Par conséquent, cet ensemble d'indicateurs pourra être révisé et mis à jour dans l'avenir (figure 3).

FIGURE 3

Liste de référence des indicateurs des principales inégalités au Canada, 2016–2017

ISSUES DE SANTÉ	Espérance de vie et mortalité	• Espérance de vie à la naissance (niveau écologique) et espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans (niveau individuel) • Mortalité infantile – poids ≥ 500 grammes • Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles – tous les groupes d'âge
	Santé mentale	• Mortalité attribuable au suicide – tous les groupes d'âge • Hospitalisations liées à la santé mentale 15 ans et plus
	Autoévaluation de la santé	• Santé mentale perçue, passable ou mauvaise 18 ans et plus
	Issues reliées à une cause spécifique	• Arthrite 18 ans et plus • Asthme 18 ans et plus • Diabète – à l'exception du diabète gestationnel 18 ans et plus • Incapacité 18 ans et plus • Incidence du cancer du poumon • Obésité – 18 ans et plus • Santé buccodentaire – incapacité de mâcher 18 ans et plus • Tuberculose
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ [Conditions de vie quotidiennes]	Comportements liés à la santé	• Consommation d'alcool – consommation abusive • Tabagisme 18 ans et plus
	Environnement physique et social	• Besoins impérieux en matière de logement • Exposition à la fumée secondaire à la maison 18 ans et plus
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ [Facteurs structurels]	Inégalités sociales	• Insécurité alimentaire – dans le ménage • Travailleurs à faible revenu
	Développement de la petite enfance	• Vulnérabilité relative au développement de la petite enfance âges 4–6 ans

4) Lacunes et limites

Les inégalités présentées dans ce rapport représentent une mesure de référence exhaustive des inégalités au Canada. Toutes les analyses et tous les résultats s'appuient sur des ensembles de données canadiennes actuels et exhaustifs portant sur la population. Ils prévoient la meilleure opérationnalisation possible des renseignements disponibles au moment de l'analyse. Les lacunes et limites des données devraient être considérées afin d'interpréter l'importance estimative des inégalités, ainsi qu'aux fins de comparaison future et de suivi des inégalités observées.

Une grande partie des sources de données utilisées pour le présent rapport sont des enquêtes qui comportent des bases d'échantillonnage uniques. Les populations exclues de ces enquêtes sont indiquées à l'annexe 6. Par ailleurs, en raison des limites liées à la disponibilité des données, certains indicateurs recommandés par le RSP pour la surveillance des inégalités en santé n'étaient pas disponibles, tels que le taux de vaccination des enfants, la qualité de l'eau (nombre de jours faisant l'objet d'un avis de faire bouillir l'eau) et le taux d'itinérance.

Les analyses descriptives effectuées n'ont pas pris en compte les interactions complexes entre de multiples identités sociales et les déterminants sociaux de la santé. La mesure des inégalités en santé dans le cadre de ce projet s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle l'état de santé du groupe le plus avantagé peut être atteint par les autres groupes de populations si l'on agit sur les facteurs sociaux et structurels des inégalités en santé. Par exemple, la fraction attribuable dans la population (FAP) mesure la proportion dans laquelle une issue serait réduite dans la population totale dans la situation hypothétique où un groupe de la population présentait le même taux que le groupe de référence. Les analyses futures pourraient inclure une modélisation multivariée pour explorer les associations entre plusieurs stratificateurs et indicateurs, en tenant compte des facteurs de confusion potentiels.

Les données présentées dans le rapport sont de nature transversale. Ainsi, elles visent à montrer la profondeur et les impacts des inégalités dans différents groupes stratifiés, plutôt qu'à évaluer la force ou la direction d'une association entre les stratificateurs sociaux et les indicateurs. Par exemple, la prévalence de l'arthrite était supérieure chez les personnes qui étaient incapables de travailler. Cette situation pourrait tenir au fait que les personnes incapables de travailler étaient plus à risque de souffrir d'arthrite, mais il se pourrait aussi que l'arthrite ait nui à leur capacité d'occuper un emploi. Le fardeau disproportionné qui pèse sur la santé de ces groupes de population n'a pas encore été pleinement étudié et compris.

Quelques sources de données ne contenaient pas de données pour certaines sous-populations. Par exemple, la Base canadienne de données sur la mortalité ne comprend pas de données sur les déterminants sociaux de la santé, tels que la race ou l'origine ethnique, l'identité autochtone, le statut d'immigrant et les identités lesbienne, gai, bisexuel et transgenre (LGBT). Dans d'autres cas, les résultats ne pouvaient pas être utilisés, car la taille des échantillons était trop réduite ou en raison des règles de suppression des données (annexe 4). Ainsi, les données concernant les Canadiens qui ont déclaré être bisexuels et les données relatives à certains groupes raciaux ou culturels ont été supprimées pour quelques indicateurs.

Pour certains stratificateurs, à savoir le revenu, le niveau de scolarité, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, la résidence en milieu urbain ou rural et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, des mesures de type géographique ont été obtenues à l'échelle de l'aire de diffusion d'après les données du Recensement de 2006 (10). Une aire de diffusion correspond à un petit secteur composé d'un ou de plusieurs blocs de diffusion voisins, dont la population moyenne est comprise entre 400 et 700 personnes. Il s'agit de la plus petite région géographique standardisée pour laquelle toutes les données du recensement sont diffusées. Les mesures de type géographique obtenues au niveau de l'aire de diffusion sont

sujettes à certains biais : les observations s'appliquent au niveau du secteur et non au niveau de chaque personne se trouvant dans l'aire de diffusion, ce qui peut causer une classification incorrecte des caractéristiques socioéconomiques. Par exemple, des taux de suicide élevés ont été observés chez les personnes vivant dans des régions à faible revenu; cependant, ces taux de suicide plus élevés ne concernent pas forcément les personnes à faible revenu. Ces taux pourraient être liés à des personnes à revenu élevé qui sont décédées par suicide alors qu'elles vivaient dans une région à faible revenu.

Certaines études ont montré que l'utilisation de données de type géographique plutôt que de données individuelles pour les caractéristiques socioéconomiques pouvait donner lieu à une sous-estimation des inégalités en santé (10-13). Dans d'autres études, l'importance des inégalités observées était similaire pour les deux types de données. Néanmoins, d'autres études donnent à penser que les mesures du statut socioéconomique de type géographique et au niveau individuel reflètent des constructions distinctes (14-16).

Les stratificateurs sociaux de type géographique excluent les personnes dont les codes postaux sont invalides, incomplets ou manquants, ce qui constitue une autre limite[7]. De plus, les stratificateurs sociaux de type géographique proviennent du Recensement de 2006. Puisque la plupart des indicateurs reposent sur des données allant jusqu'à 2013 ou 2014, les données du Recensement de 2006 pourraient ne pas refléter la situation socioéconomique des années postérieures à 2006.

En dépit de ces limites, les données socioéconomiques de type géographique sont utiles pour évaluer les inégalités en santé. Aux fins de la surveillance des inégalités socioéconomiques en santé, les mesures de type géographique du statut socioéconomique sont un moyen valide, uniforme et fiable, qui permet le suivi des inégalités au fil du temps pour différents paramètres géographiques (10,14,17-19).

Enfin, toutes les données d'enquête comprennent uniquement les membres des Premières Nations vivant hors réserve. Le manque de données sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves représente une limite des estimations indiquées de la prévalence pour les indicateurs obtenus à partir des données d'enquête. Cependant, ces données sont complétées par les données de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) réalisée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires. Cette source de données offre des données comparables pour certains indicateurs en ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord.

De plus, les sources de données présentent une faible couverture des populations autochtones, y compris certaines collectivités du Nord où vit une grande partie des Inuits. Par exemple, l'ESCC (8) couvre 92 % de la population visée au Yukon et 96 % de la population visée dans les Territoires du Nord-Ouest; cependant, la couverture était seulement de 71 % au Nunavut avant 2013, parce que l'ESCC couvrait seulement les dix communautés les plus importantes jusqu'à cette date. Depuis 2013, la couverture a été améliorée pour atteindre 92 % de la population visée. Il convient également de noter que la région du Nunavik au Québec n'est pas visée par l'ESCC. La couverture est également touchée par le fait que certaines réserves et collectivités des Premières Nations ne sont pas complètement dénombrées. Par conséquent, les habitants de ces endroits n'ont pas été comptabilisés dans l'ENM de 2011 (20). Cela a une incidence sur la représentativité des populations autochtones, et par conséquent, sur les inégalités en santé indiquées. Enfin,

7. Cependant, si la base d'échantillonnage comprenait les personnes vivant dans un établissement (à savoir les personnes vivant dans les hôpitaux, les établissements de soins infirmiers, les résidences pour personnes âgées, les établissements pénitentiaires et les autres établissements institutionnels), elles ont été prises en compte dans l'analyse.

la couverture des données pour les Métis est également influencée par des facteurs tels que la géographie. Bien que les personnes s›identifiant comme membres des Premières Nations et des Inuits aient tendance à vivre dans des aires de diffusion où la proportion de personnes identifiées comme telles est élevée ou faible, celles qui s›identifient comme Métis vivent presque exclusivement dans des régions où la concentration de Métis est faible (21). Cela pourrait potentiellement accroître la classification erronée des inégalités en santé signalées chez les Métis, dans les cas où des mesures de type géographique ont été utilisées, tel que décrit ci-dessus.

Références

(1) Commission des déterminants sociaux de la santé. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008 [page consultée le 18 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.

(2) Keon WJ et Pépin L. *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé : rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations*. Ottawa : Sénat; 2009 [document consulté le 6 juin 2017]. Accessible à l'adresse : http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sen/YC17-402-3-01F.pdf.

(3) Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Rio de Janeiro : OMS; 2011 [document consulté le 6 juin 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1.

(4) Hancock T, Bourgoin M, Hayes M, *et al. Indicateurs des disparités sur le plan de la santé. Un rapport du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population et du Groupe des modes de vie sains pour le Réseau pancanadien de santé publique*. Ottawa : Réseau pancanadien de santé publique; 2010. Accessible à l'adresse : http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihi-idps/index-fra.php.

(5) Solar O and Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [document consulté le 6 juin 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

(6) King NB, Harper S, Young ME. Use of relative and absolute effect measures in reporting health inequalities: Structured review. BMJ (Online). 2012;345(7878).

(7) Harper S, Lynch J, Meersman SC, Breen N, Davis WW, Reichman ME. An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by area-socioeconomic position and race-ethnicity, 1992-2004. Am J Epidemiol. 2008;167(8):889-99.

(8) World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries. World Health Organization; 2013.

(9) Commission des déterminants sociaux de la santé. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2008. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.

(10) Pampalon R, Hamel D, Gamache P. « Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada », *Rapports sur la santé*. 2009;20(4):95.

(11) Southern DA, McLaren L, Hawe P, Knudtson ML, Ghali WA, APPROACH Investigators. Individual-level and neighborhood-level income measures: agreement and association with outcomes in a cardiac disease cohort. Med Care. 2005 Nov;43(11):1116-22.

(12) Walker A, Becker N. Health inequalities across socio-economic groups: comparing geographic-area-based and individual-based indicators. Public Health. 2005;119(12):1097-104.

(13) Smith GD, Hart C, Watt G, Hole D, Hawthorne V. Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study. J Epidemiol Community Health. 1998 Jun;52(6):399-405.

(14) Subramanian S, Chen JT, Rehkopf DH, Waterman PD, Krieger N. Comparing individual-and area-based socioeconomic measures for the surveillance of health disparities: a multilevel analysis of Massachusetts births, 1989–1991. Am J Epidemiol. 2006;164(9):823-34.

(15) Diez-Roux A, Kiefe CI, Jacobs DR, Haan M, Jackson SA, Nieto FJ, et al. Area characteristics and individual-level socioeconomic position indicators in three population-based epidemiologic studies. Ann Epidemiol. 2001;11(6):395-405.

(16) Geronimus AT, Bound J. Use of census-based aggregate variables to proxy for socioeconomic group: evidence from national samples. Am J Epidemiol. 1998;148(5):475-86.

(17) Rehkopf DH, Haughton LT, Chen JT, Waterman PD, Subramanian S, Krieger N. Monitoring socioeconomic disparities in death: comparing individual-level education and area-based socioeconomic measures. Am J Public Health. 2006;96(12):2135-8.

(18) Krieger N. Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. Am J Public Health. 1992 May;82(5):703-10.

(19) Hastert TA, Beresford SA, Sheppard L, White E. Disparities in cancer incidence and mortality by area-level socioeconomic status: a multilevel analysis. J Epidemiol Community Health. 2015 Feb;69(2):168-76.

(20) Statistique Canada. [Internet]. *Guide de l'utilisateur de l'ENM : Enquête nationale auprès des ménages*. Statistique Canada; 2011 [document consulté le 21 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/nhs-enm_guide/99-001-x2011001-fra.pdf.

(21) Peters PA, Oliver LN, Carrière G. Geozones: An area-based method for analysis of health outcomes. Health Reports. 2012;23(1):1-10.

MÉTHODOLOGIE : NOTES TECHNIQUES

ACRONYME	NOM COMPLET
AD	Aire de diffusion
AR	Agglomération de recensement
BCDM	Base canadienne de données sur la mortalité
BCDN	Base canadienne de données sur les naissances
BDSMMH	Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier
CIM-O-3	Classification internationale des maladies : oncologie, troisième édition
CV	Coefficient de variation
DT	Différence de taux
ECI	Enquête canadienne sur l'incapacité
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ÉT	Écart-type
EVAS	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
FA	Fractions attribuables
FAP	Fraction attribuable dans la population
FCCP+	Fichier de conversion des codes postaux[MD] plus
HUI3	Health Utilities Index Mark 3
HUP	Douleurs et malaise
IC	Intervalles de confiance
IES	Indice de l'état de santé
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
ISA_ET	Erreur-type standardisée selon l'âge
ISA_taux	Taux de l'indicateur standardisé selon l'âge
ISA_var	Variance standardisée selon l'âge
LIIC	Limite inférieure de l'intervalle de confiance
LSIC	Limite supérieur de l'intervalle de confiance
NI	Niveau individuel
NPRP	Nombre de personnes à risque dans la population
RCC	Registre canadien du cancer
RMR	Région métropolitaine de recensement
RT	Ratio de taux
SCDCT	Système canadien de déclaration des cas de tuberculose
SFR	Seuils de faible revenu
TAP	Taux attribuable dans la population
TG	Type géographique

Annexe 1 : Stratificateurs sociaux utilisés pour définir les groupes démographiques ou sociaux

Les données proviennent de diverses enquêtes et sources administratives. Les données d'enquête autodéclarées provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) et de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) étaient les plus exhaustives. Les données administratives, telles que celles de la Base canadienne de données sur la mortalité, de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier et du Registre canadien du cancer, ne comportaient aucun renseignement sur de nombreux stratificateurs d'intérêt comme le revenu et le niveau de scolarité de la personne. Cependant, parce que ces bases de données contiennent certains renseignements personnels, tels que le lieu de résidence (code postal), les stratificateurs d'intérêt manquants, comme le revenu et le niveau de scolarité, ont été calculés par région géographique. Cela n'a toutefois pas été possible avec l'indicateur de la tuberculose, pour lequel les seuls renseignements connus étaient la province ou le territoire de résidence.

1. Stratificateurs au niveau individuel

Tous les stratificateurs provenant de données d'enquête ont été mesurés à l'échelle des personnes. La disponibilité des stratificateurs variait selon l'enquête (ESCC, ECI ou ENM).

- Revenu, quintiles – national[8] : mesure relative du revenu du ménage du répondant en comparaison du revenu du ménage de tous les autres répondants. Ce stratificateur se fonde sur le revenu total avant impôt du ménage ajusté en fonction de la taille du ménage et de la taille de la collectivité dans le cadre de l'ESCC (1). En ce qui concerne l'ENM (2) et l'ECI (3), ce stratificateur est calculé à partir du revenu total après impôt du ménage ajusté en fonction de la taille du ménage.
- Revenu, quintiles – provincial : distribution du classement de la suffisance du revenu des ménages pour les résidents de chacune des dix provinces. Ce stratificateur produit, pour chaque répondant, une mesure du revenu de son ménage par rapport au revenu du ménage de tous les autres répondants dans la même province. Les territoires sont exclus. Ce stratificateur est calculé à partir du revenu total avant impôt du ménage ajusté en fonction de la taille du ménage et de la taille de la collectivité dans le cadre de l'ESCC. Cette mesure ne figure ni dans l'ENM ni dans l'ECI.
- Identité autochtone : cette mesure repose sur l'identité autodéclarée en tant que :
  - Membre des Premières Nations (Indiens inscrits et non-inscrits). Seuls les membres des Premières Nations vivant hors réserve sont compris dans les indicateurs de l'ESCC, dans l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) et dans l'indicateur des besoins impérieux en matière de logement de l'ENM. Les membres des Premières Nations vivant dans les réserves ou hors réserve sont inclus dans l'indicateur des travailleurs à faible revenu de l'ENM et dans l'indicateur de l'incapacité de l'ECI;
  - Métis;
  - Inuk/Inuit;
  - Non-Autochtones.

En raison de la taille des échantillons, l'ECI et l'IMDPE ne comportent toutefois que deux catégories (Autochtone et non-Autochtone). De plus, pour certains indicateurs (voir Méthodologie – tableau 1), il existe des données comparables tirées de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations pour les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves et dans les collectivités du Nord (sur la base de l'appartenance à une bande plutôt que de l'identité autodéclarée) (voir Méthodologie – encadré 1).

- Niveau de scolarité du répondant/du ménage : plus haut niveau autodéclaré de scolarité qu'a atteint le répondant[9] ou un autre membre du ménage, selon la classification suivante :
  - Sans diplôme d'études secondaires;
  - Diplômé de l'école secondaire;
  - Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université;
  - Études postsecondaires partielles;
  - Diplômé universitaire.

8. Un quintile de revenu est une mesure du statut socioéconomique d'un quartier qui divise la population en groupes de revenu (du revenu le plus faible au plus élevé), de telle sorte que chaque groupe englobe environ 20 % de la population.
9. Certaines personnes étudient encore à l'école secondaire à l'âge de 18 ans, mais elles obtiennent habituellement leur diplôme d'études secondaires avant l'âge de 20 ans. Ainsi, le stratificateur du niveau de scolarité comprend seulement les répondants de 20 ans et plus, pour mieux représenter le niveau de scolarité des répondants.

- Profession : d'après la Classification nationale des professions pour statistiques de 2006, qui comprend les catégories suivantes :
  - Non qualifié;
  - Semi-qualifié;
  - Qualifié/technicien/superviseur;
  - Gestionnaire;
  - Professionnel.

- Situation d'emploi (18–75 ans) : situation d'emploi autodéclarée la semaine précédente. La situation d'emploi comprend les catégories suivantes :
  - Incapacité permanente de travailler (peut comprendre les répondants à la retraite);
  - Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des quatre dernières semaines;
  - Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des quatre dernières semaines;
  - Avait un emploi la semaine précédente/avait un emploi – absent du travail la semaine précédente.

Cependant, il n'y a que trois catégories pour l'indicateur de l'incapacité (a un emploi; sans emploi; ne fait pas partie de la population active) en raison de la taille de l'échantillon.

- Origine culturelle/raciale : les groupes raciaux ou culturels autodéclarés sont les suivants :
  - Blanc;
  - Noir;
  - Asiatique de l'Est/du Sud-Est (p. ex. Chinois, Japonais, Coréen, Philippin, etc.);
  - Asiatique du Sud (p. ex. Indien d'Asie, Pakistanais, Sri-Lankais, etc.);
  - Arabe ou Asiatique de l'Ouest (p. ex. Iranien, Afghan, etc.);
  - Latino-Américain;
  - Autres origines/origines multiples.

- Minorité visible : il existe seulement deux catégories d'origine culturelle ou raciale (minorité visible; pas une minorité visible) en raison de problèmes liés à la taille des échantillons de l'ECI et de l'ENM.
- Statut d'immigrant : en fonction de leur réponse, les répondants sont classés comme non-immigrant, immigrant récent (dix ans ou moins) ou immigrant de longue date (plus de dix ans).
- Orientation sexuelle (18–59 ans) : en fonction de leur réponse, les répondants ont été classés comme hétérosexuel, homosexuel (gai ou lesbienne) ou bisexuel.
- Résidence en milieu rural ou urbain : en fonction de l'aire de diffusion du Recensement de 2006 et de la région métropolitaine de recensement (RMR) en 2006 dans lesquelles résidait le répondant. Il y a cinq catégories possibles (4) :
  - Grandes RMR (Montréal, Toronto, Vancouver);
  - Autres RMR (grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver), formées d'une ou plusieurs municipalités contiguës autour d'un grand noyau urbain. Ces RMR comptent au moins 100000 habitants, dont au moins 50000 d'entre eux résident dans le noyau urbain;
  - Agglomérations de recensement (petits centres urbains), formées d'une ou plusieurs municipalités contiguës dans lesquelles résident au moins 10000 habitants;

- Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement – forte ou modérée (régions rurales provinciales), formées des subdivisions de recensement provinciales comptant une population de moins de 10000 habitants où au moins 5 % de la population active occupée se déplace pour se rendre au travail dans une RMR ou une agglomération de recensement;
- Territoires et zones d'influence métropolitaine de recensement – faible ou inexistante (régions éloignées) : subdivisions de recensement territoriales situées à l'extérieur des RMR et agglomérations de recensement ayant une population de moins de 10000 habitants; subdivisions de recensement provinciales comptant moins de 10000 habitants, dans lesquelles moins de 5 % de la population active occupée se déplace pour aller travailler dans une RMR ou une agglomération de recensement.

- Santé fonctionnelle : indice basé sur un système de classification de l'état de santé selon plusieurs attributs, qui a été créé pour mesurer l'état de santé général et la qualité de vie liée à l'état de santé. L'ESCC fait appel à l'indice *Health Utilities Index Mark 3* (HUI3). L'indice HUI3 permet de calculer un indice générique de l'état de santé basé sur les attributs qui figurent dans deux modules de l'ESCC : Indice de l'état de santé (IES) et Douleurs et malaises (HUP). L'indice utilisé dans notre analyse ne peut être calculé que lorsque le HUP et l'IES sont recueillis au cours d'un même cycle. On distingue les quatre catégories suivantes : absence d'incapacité fonctionnelle (indice = 1,00); incapacité fonctionnelle légère (indice = 0,89–0,99); incapacité fonctionnelle modérée (indice = 0,70–0,88); incapacité fonctionnelle grave (indice ≤ 0,70).
- Participation et limitations d'activités : les répondants sont classés selon la fréquence à laquelle ils éprouvent des limitations dans leurs activités en raison d'une maladie ou de problèmes physiques ou mentaux qui ont duré ou qui devraient durer au moins six mois. Les trois catégories suivantes ont été définies : « jamais limité », « souvent limité », « parfois limité ».
- Tuberculose : seules les personnes qui ont reçu un diagnostic de tuberculose active (nouveaux cas et cas de retraitement) figurent dans le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) (5). Le SCDCT est un système de surveillance fondé sur les cas qui conserve certaines données non nominatives sur les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose active. Ces données comprennent la province ou le territoire déclarant, le sexe, l'âge au moment de la déclaration, ainsi que :
  - l'identité autochtone – les Autochtones nés au Canada sont définis comme membres des Premières Nations (vivant dans les réserves ou hors réserve), Métis ou Inuits;
  - l'origine – elle comprend les catégories « Autochtone né au Canada », « non-Autochtone né au Canada » et « personne née à l'étranger ».

2. Stratificateurs de type géographique

Pour les indicateurs « mortalité », « espérance de vie », « vulnérabilité sur le plan du développement de la petite enfance » et « hospitalisations liées à la santé mentale », des stratificateurs de type géographique ont été employés, dont le revenu, le niveau de scolarité, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, la résidence en milieu rural ou urbain et l'indice de défavorisation matérielle et sociale. Ces stratificateurs correspondent à des mesures de type géographique calculées au niveau de l'aire de diffusion (AD) selon les

données du Recensement de 2006 (6). Une aire de diffusion comprend en règle générale une population de 400 à 700 habitants. Il s'agit de la plus petite région géographique standardisée et relativement stable pour laquelle les données du recensement sont diffusées (6). Les mesures de type géographique ont été reliées à des dossiers de données administratives sur la santé grâce aux codes postaux, en utilisant le Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) (7). Ces mesures de type géographique des stratificateurs sociaux sont définies comme suit :

- Identité autochtone (Premières Nations/Inuits/Métis) : On considère que la concentration d'Autochtones est élevée dans une aire de diffusion lorsqu'au moins 33 % des résidents se déclarent autochtones (8). Le groupe autochtone prédominant peut être composé de membres des Premières Nations, d'Inuits ou de Métis, suivant l'identité autochtone la plus fréquemment déclarée par les résidents. Inversement, une région est réputée avoir une faible concentration de résidents autochtones lorsque moins de 33 % de sa population déclare être autochtone.
- Statut d'immigrant : La concentration d'immigrants désigne le pourcentage de personnes nées à l'extérieur du Canada dans chaque aire de diffusion. On considère qu'une aire de diffusion comporte une concentration élevée d'immigrants lorsque plus de 51,8 % de ses résidents se déclarent immigrants; une concentration moyenne d'immigrants lorsque la proportion de résidents qui se déclarent immigrants est comprise entre 27 % et 51,8 %; et une faible concentration d'immigrants lorsque la proportion de résidents qui se déclarent immigrants est de 27 % ou moins (9).
- Revenu : Les quintiles ont été obtenus à l'échelle de l'aire de diffusion et définis en tant que revenu du quartier par équivalent-personne ajusté en fonction de la taille du ménage avant impôt. Cette variable figure dans le FCCP+. Elle est calculée sur la base des équivalents-personne indiqués par les seuils de faible revenu (SFR) de 2006. Les équivalents d'une personne seule de 2006 représentaient 1,00 pour une personne; 1,24 pour deux personnes; 1,53 pour trois personnes; 1,94 pour quatre ou cinq personnes; et 2,44 pour six personnes ou plus dans un même ménage (indépendamment de l'âge). Dans chaque RMR ou agglomération de recensement (RMR ou AR) ou superficie résiduelle provinciale ne se trouvant pas dans une RMR ou AR, on a utilisé le revenu par équivalent-personne moyen de l'aire de diffusion pour classer toutes les AD. La population a ensuite été scindée en quintiles approximatifs, pour générer des quintiles de revenu propres aux collectivités en fonction du revenu par équivalent-personne. Les quintiles ont été définis au sein de chaque aire afin de mieux refléter la nature relative de cette mesure, de réduire au minimum l'effet sur le bien-être des ménages de différences importantes entre les coûts de logement, et de veiller à ce que chaque RMR ou AR représente un même pourcentage de la population dans chaque quintile. Lorsque les données sur le revenu dans les aires de diffusion avaient été supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon, elles ont été remplacées par des imputations fondées sur le revenu déclaré dans les aires de diffusion contiguës.
- Niveau de scolarité[10] : Les quintiles ont été calculés à l'échelle de l'aire de diffusion d'après le pourcentage de personnes de 20 ans et plus

10. Certaines personnes étudient encore à l'école secondaire à l'âge de 18 ans, mais elles obtiennent habituellement leur diplôme d'études secondaires avant l'âge de 20 ans. Ainsi, le stratificateur du niveau de scolarité comprend seulement les répondants de 20 ans et plus, pour mieux représenter le niveau de scolarité des répondants.

qui ne sont pas titulaires d'un diplôme d'études secondaires. Le quintile 1 est composé des personnes au niveau de scolarité le plus faible, 29,6 % des résidents de 20 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Le quintile 5 est composé des personnes au niveau de scolarité le plus élevé, avec 10,2 % ou moins de résidents de 20 ans et plus qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires.

- Indice de défavorisation : Trois indices de défavorisation (matérielle, sociale et globale) ont été calculés à l'échelle de l'aire de diffusion en utilisant des renseignements sur le niveau de scolarité, la situation d'emploi, le revenu et la situation des particuliers dans le ménage, selon diverses combinaisons, pour créer des quintiles relatifs au niveau de défavorisation (10,11). Pour traduire la défavorisation matérielle, on a utilisé les mesures suivantes :
  - La proportion de personnes de 15 ans et plus sans diplôme d'études secondaires;
  - Le rapport emploi-population des personnes de 15 ans et plus;
  - Le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus.

  Pour traduire la défavorisation sociale, on a utilisé les mesures suivantes :
  - La proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules;
  - La proportion de personnes de 15 et plus qui sont séparées, divorcées ou veuves;
  - La proportion de familles monoparentales.

  Une mesure de défavorisation globale a été calculée pour les aires de diffusion se trouvant à l'extrémité de la défavorisation selon les indices de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale. Les aires de diffusion les moins défavorisées ont été classées dans le quintile 1 de défavorisation matérielle et le quintile 1 de défavorisation sociale. Les aires de diffusion les plus défavorisées ont été classées dans le quintile 5 de défavorisation matérielle et le quintile 5 de défavorisation sociale.

Les stratificateurs sociaux utilisés pour chaque indicateur et les catégories correspondantes sont répertoriés dans le tableau 1 et décrits précisément dans l'annexe 1.

Tableau 1. Stratificateurs sociaux utilisés dans le présent rapport pour chaque indicateur

INDICATEUR	STRATIFICATEURS
Espérance de vie à la naissance (niveau écologique)	Sexe ou genre
Mortalité infantile (poids ≥ 500 g)	Groupe d'âge
Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles	Quintile de niveau de scolarité (TG)
Incidence du cancer du poumon	Quintile de revenu (TG)
Automutilation/suicide	Identité autochtone (TG)
Hospitalisations liées à la santé mentale	Groupe autochtone prédominant (TG)
	Statut d'immigrant (TG)
	Indice de défavorisation, quintiles – matérielle (TG)
	Indice de défavorisation, quintiles – sociale (TG)
	Indice de défavorisation – globale (TG)
	Résidence en milieu urbain ou rural

INDICATEUR	STRATIFICATEURS
Vulnérabilité sur le plan du développement de la petite enfance	Sexe ou genre Identité autochtone Quintile de niveau de scolarité (TG) Quintile de revenu – quartier (TG) Statut d'immigrant (TG) Indice de défavorisation – globale (TG) Résidence en milieu urbain ou rural
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) – à 18 ans Insécurité alimentaire – ménage Santé mentale perçue – passable ou mauvaise Arthrite Asthme Diabète, à l'exception du diabète gestationnel Obésité Consommation d'alcool – consommation abusive Tabagisme Santé buccodentaire – incapacité de mâcher Exposition à la fumée secondaire à la maison	Sexe ou genre Groupe d'âge Quintile de revenu – provincial (NI) Niveau de scolarité des membres du ménage (NI) Niveau de scolarité du répondant (NI) Profession (NI) Emploi (NI) Identité autochtone (NI) Origine culturelle ou raciale (NI) Statut d'immigrant (NI) Orientation sexuelle (NI) Santé fonctionnelle (NI) Participation et limitations d'activités (NI) Résidence en milieu urbain ou rural
Incapacité	Sexe ou genre Quintile de revenu – national (NI) Niveau de scolarité du répondant (NI) Profession (NI) Emploi (NI) Identité autochtone (NI) Statut d'immigrant (NI) Résidence en milieu urbain ou rural
Besoin impérieux en matière de logement Travailleurs à faible revenu	Sexe ou genre Groupe d'âge Quintile de revenu – national (NI) Niveau de scolarité du répondant (NI) Emploi (NI) Profession (NI) Identité autochtone (NI) Statut d'immigrant (NI) Origine culturelle ou raciale (NI) Statut de minorité visible (NI) Résidence en milieu urbain ou rural
Tuberculose	Sexe ou genre Identité autochtone (NI) Origine (NI)

TG : stratificateur de type géographique; NI : stratificateur au niveau individuel.

Annexe 2 : Standardisation selon l'âge

Les taux des indicateurs (hormis les indicateurs de la mortalité infantile et de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance [IMDPE]) ont été standardisés selon l'âge grâce à la méthode directe de standardisation, en utilisant comme population-type la population générale canadienne du Recensement de 2011. Les tranches d'âge utilisées pour la standardisation selon l'âge ont été adaptées selon les sources de données, les indicateurs et les stratificateurs précis (annexe 2). La standardisation selon l'âge pour la mortalité, l'incidence du cancer et les hospitalisations liées à la santé mentale était basée sur des groupes d'âge de cinq ans. Pour les indicateurs provenant des enquêtes, les groupes d'âge dépendent de la fourchette d'âge, de la taille de l'échantillon, des indicateurs et des stratificateurs. Les groupes d'âge détaillés figurent au tableau 2.

En ce qui concerne les données d'enquête, des taux pondérés ont été calculés pour chaque indicateur de chaque domaine d'un stratificateur social, et des estimations de la variance ont été obtenues grâce à la méthode bootstrap.

Tableau 2. Groupes d'âge utilisés pour la standardisation selon l'âge en fonction des sources de données

SOURCES DE DONNÉES	FOURCHETTE D'ÂGE DE L'INDICATEUR ET DU STRATIFICATEUR (ANNÉES)	GROUPES D'ÂGE POUR LA STANDARDISATION SELON L'ÂGE
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	18 ans et plus	18–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–74, 75+
	18–75 ans (p. ex. profession, situation d'emploi)	18–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–75
	18–59 ans (p. ex. orientation sexuelle)	18–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59
	20 ans et plus (p. ex. niveau de scolarité du répondant)	20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–74, 75+
Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations	18 ans et plus	18–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–69, 70-74, 75-79, 80-84, 85+ (les groupes les plus âgés peuvent avoir été combinés selon la taille du numérateur)
Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI)	15 ans et plus	15–24, 25–44, 45–64, 65–74, 75+
	20 ans et plus (p. ex. niveau de scolarité)	20–24, 25–44, 45–64, 65–74, 75+
	15–64 ans (p. ex. profession, situation d'emploi)	15–24, 25–44, 45–64
Enquête nationale auprès des ménages (ENM)	18–64 ans (travailleurs à faible revenu)	18–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64
	≥ 0 an (besoin impérieux en matière de logement)	0–4, 5–6, 7–9, 10–11, 12–14, 15–17, 18–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80-84, 85+
Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM)	≥ 0 an	Groupes d'âge de cinq ans
Registre canadien du cancer (RCC)	≥ 0 an	Groupes d'âge de cinq ans
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)	15 ans et plus	Groupes d'âge de cinq ans

Annexe 3 : Mesures des inégalités et calculs

Les six mesures sont basées sur les taux des indicateurs. Les taux des indicateurs standardisés selon l'âge (ISA_taux) sont utilisés pour calculer les mesures sommaires dans tous les cas où ces taux sont disponibles. Dans le cas contraire, on utilise les taux bruts (tableau 3).

Tableau 3. Formules pour toutes les mesures et leurs intervalles de confiance à 95 %

MEASURES		DONNÉES D'ENQUÊTE	DONNÉES ADMINISTRATIVES
Taux brut	Estimation ponctuelle	*Taux* (p) = nombre d'occurrences/population d'intérêt totale = x/n	
	IC à 95 %	• Calculer le *taux* avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) • Calculer la variance des taux pondérés selon la méthode bootstrap (*taux_var*) • Calculer l'écart-type des taux pondérés selon la méthode bootstrap • $taux\_ET = \sqrt{\frac{(500-1)*taux\_var}{500}}$ • Calculer le coefficient de variation : *taux_CV = taux_ÉT/taux* • L'IC à 95 % est obtenu comme suit : $taux \pm 1{,}96\sqrt{\frac{(500-1)*taux\_var}{500}}$	• $Taux\_LIIC = \frac{(2np+Z^2-1)-Z*\sqrt{(Z^2)-\left(2+\frac{1}{n}\right)+4p(nq+1)}}{2(n+Z^2)}$ • $Taux\_LSIC = \frac{(2np+Z^2+1)+Z*\sqrt{(Z^2)+\left(2-\frac{1}{n}\right)+4p(nq-1)}}{2(n+Z^2)}$ • (4) • *Taux_ÉT = [(taux – LIIC_taux)/1,96 + (LSIC_taux – taux)/1,96]/2* (q = 1-p; Z= 1,96 pour un IC à 95 %)
INA – taux	Estimation ponctuelle	W_i : la proportion de la population-type totale pour le groupe d'âge i ISA_taux = ∑ (numérateur/n)*W_i = ∑ (taux*W_i) (somme de tous les groupes d'âge)	
	IC à 95 %	ISA_var = $\sum(W_i^2 * taux\_var)$ ISA_CV = $\sqrt{INA\_var}$ /*INA_taux* *L'IC à 95 % est obtenu comme suit :* ISA_taux ± 1,96* $\sqrt{ISA\_var}$	ISA_var = ∑ $((W_i/n)^2$ * numérateur $_i)$ = ∑ (W_i^2 * taux $_i$/n) (somme de tous les groupes d'âge) L'IC à 95 % est obtenu comme suit : $e^{\log(ISA_{taux}) \pm 1{,}96 * \sqrt{\frac{1}{(ISA_{taux})^2} * ISA\_var}}$ ISA_ÉT = [(ISA_taux_LSIC – ISA_taux)/1,96 + (ISA_taux – ISA_taux_LIIC)/1,96] / 2 ISA_CV = (INA_ÉT / ISA_taux) *100

RT	Estimation ponctuelle	$RT_i = R_i / R_r$ R_i : taux dans le groupe démographique d'intérêt i; R_r : taux dans le groupe de référence; RT_i : ratio de taux pour le $i^{ième}$ groupe d'intérêt par rapport au groupe de référence.	
	IC à 95 %	• Calculer le RT avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) • Calculer la variance du RT pondéré selon la méthode bootstrap (VAR_RT) • Calculer l'écart-type du RT pondéré selon la méthode bootstrap : • $ÉT\_RR_i = \sqrt{\frac{(500-1)*VAR\_RT_i}{500}}$ • L'IC à 95 % du RT est obtenu comme suit : $RT_i \pm 1{,}96 * ÉT\_RT_i$	(12-14) *1) VAR (log(RT$_i$))* $= \frac{Var\ R_i}{R_i^2} + \frac{Var\ R_r}{R_r^2}$ *2) L'IC à 95 % du RT est obtenu comme suit :* $e^{\log(RT_i) \pm 1{,}96 * \sqrt{VAR(\log(RT_i))}}$ *VAR(log(RT$_i$))* : Variance de log(RT) *VAR_R$_i$* : Variance du taux pour le $i^{ième}$ groupe démographique *VAR_R$_r$* Variance du taux pour le groupe de référence
DT	Estimation ponctuelle	$DT_i = R_i - R_r$	
	IC à 95 %	• Calculer la DT_i avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) • Calculer la variance de la DT_i (VAR_DT_i) pondérée selon la méthode boostrap • Calculer l'écart-type de la DT_i pondérée selon la méthode bootstrap • $ÉT\_DT_i = \sqrt{\frac{(500-1)*VAR\_DT_i}{500}}$ • L'IC à 95 % de la DT est obtenu comme suit : $DT_i \pm 1.96 * ÉT\_DT_i$	• (12) • $VAR\_DT_i = VAR\_R_i + VAR\_R_r$ • *L'IC à 95 % de la DT est obtenu comme suit :* $DT_i \pm 1.96 * \sqrt{VAR\_DT_i}$
FA (%)	Estimation ponctuelle	$DT_i\ \% = ((R_i - R_r) / R_r) * 100 = (DT_i / R_r) * 100$	
	IC à 95 %	• Calculer la DT_i % avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) • Calculer la variance de la DT_i % (Var_DT_i%) pondérée selon la méthode bootstrap • Calculer l'écart-type de la DT_i % pondérée selon la méthode bootstrap • $ÉT\_DT_i\ \% = \sqrt{\frac{(500-1)*Var\_DT_i\%}{500}}$ • L'IC à 95 % de la DT% est obtenu comme suit : $DT_i\ \% \pm 1.96 * ÉT\_DT_i\ \%$	*L'IC à 95 % est obtenu comme suit :* (RT_LIIC$_i$ ±1)/RT_LIIC$_i$

FAP (%)	Estimation ponctuelle	$FAP_i = \frac{P_{ei}*(RT_i-1)}{RT_i} * 100\%$ (14-16) P_{ei} désigne la proportion des occurrences totales dans le $i^{ième}$ sous-groupe de la population FAP_i désigne la fraction attribuable dans la population (FAP) pour la $i^{ième}$ sous-population	
	IC à 95 %	• Calculer la *FAP* avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) • Calculer la variance de la *FAP* (*FAP_var*) pondérée selon la méthode bootstrap • Calculer l'écart-type de la *FAP* /*FPP* pondérée selon la méthode bootstrap : $FAP\_ÉT = \sqrt{\frac{(500-1)*FAP_i\_var}{500}}$ • L'IC à 95 % est obtenu comme suit : $FAP_i \pm 1.96*FAP_i\_ÉT$	(16,17) $Var\ (log\ (FAP_i)) = \frac{Var\ (\log(RT_i))}{(RT_i-1)^2} + \frac{B}{A*M} + \frac{2}{A*(RT_i-1)}$ Si 0,21<*FAP*<0,79, l'IC à 95 % est obtenu comme suit : $\frac{1}{1+e^{-\left\{\log\left(\frac{FAP_i}{1-FAP_i}\right)\pm\frac{1.96*\sqrt{var(\log(FAP_i))}}{1-FAP_i}\right\}}}$ Si *FAP* <0,21 ou *FAP* >0,79, l'IC à 95 % est obtenu comme suit : $FAP_i \pm 1{,}96*FAP_i*\sqrt{var(\log(FAP_i))}$ Où A est le nombre d'occurrences dans le groupe d'intérêt B est le nombre d'occurrences dans le groupe de référence M=A+B $Var\ (log\ (RT_i)) = \frac{Var\_R_i}{{R_i}^2} + \frac{Var\_R_0}{{R_0}^2}$
TAP	Estimation ponctuelle	$TAP = P_i*FAP_i$ (18) P_i : Proportion d'occurrences dans la population	
	IC à 95 %	• Calculer le *TAP* avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) • Calculer la variance du *TAP* (*TAP_var*) pondéré selon la méthode bootstrap • Calculer l'écart-type du *TAP* (*TAP_ÉT*) pondéré selon la méthode bootstrap : $TAP\_ÉT = \sqrt{\frac{(500-1)*TAP_i\_var}{500}}$ • L'IC à 95 % est obtenu comme suit : $TAP \pm 1.96*TAP\_ÉT$	1) Calculer les IC à 97,5 % pour la P_i en utilisant la méthode de calcul de l'IC pour un taux : $P_i\_LIIC_{97.5\%}$ et $P_i\_LSIC_{97.5\%}$ 2) Calculer les intervalles de confiance à 97,5 % pour la FAP en utilisant la méthode de calcul de l'IC pour la FAP/FPP : $FAP_i\_LIIC_{97.5\%}$ et $FAP_i\_LSIC_{97.5\%}$ 3) Les IC à 95 % pour le TAP et P-TAP sont obtenus comme suit (19) : $TAP_i\_LIIC = P_i\_LIIC_{97.5\%} * FAP_i\_LIIC_{97.5\%}$ $TAP_i\_LSIC = P_i\_LSIC_{97.5\%} * FAP_i\_LSIC_{97.5\%}$
NPRP	Estimation ponctuelle	$NPRP_i = N*P_i*FAP_i = N*TAP_i$ (20) *N*: nombre de personnes dans la population	
	IC à 95 %	1) Calculer le *NPRP* avec des poids bootstrap (500 poids bootstrap) 2) Calculer la variance du $NPRP_i$ (*NPRP_var*) pondéré selon la méthode bootstrap 3) Calculer l'écart-type du $NPRP_i$ (*NPRP_ÉT*) pondéré selon la méthode bootstrap • $NPRP\_ÉT = \sqrt{\frac{(500-1)*NPRP_i\_var}{500}}$ 4) L'IC à 95 % est obtenu comme suit : $NPRP \pm 1.96*NPRP\_ÉT$	• $NPRP_i\_LIIC = N*TAP\_LIIC$ $NPRP_i\_LSIC = N*TAP\_LSIC$

IC : intervalle de confiance; CV : coefficient de variation; FA : fraction attribuable; INA_taux : taux de l'indicateur standardisé selon l'âge; INA_ÉT : erreur-type standardisée selon l'âge; INA_var : variance standardisée selon l'âge; LIIC : limite inférieure de l'intervalle de confiance; FAP : fraction attribuable dans la population; TAP : taux attribuable dans la population; NPRP : nombre de personnes à risque dans la population; DT : différence de taux; RT : ratio de taux; ÉT : écart-type; LSIC : limite supérieure de l'intervalle de confiance.

Annexe 4 : Critères de déclaration des données (suppression des données)

Afin de veiller à la confidentialité des données, les règles suivantes en matière de déclaration des données ont été appliquées à tous les résultats d'analyse.

Données administratives

Pour les données administratives, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé ont appliqué la règle de suppression comme suit :

- Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS; stratificateurs au niveau individuel liés à l'ESCC) : si une catégorie de sous-population comprend moins de 80 décès, les résultats concernant cette catégorie sont supprimés.
- Indicateurs de la mortalité, de l'incidence du cancer, de l'issue de la grossesse et des hospitalisations liées à la santé mentale : si le numérateur pour une catégorie de sous-population est inférieur à cinq, alors le résultat pour cette catégorie est supprimé. De plus, les estimations du numérateur et du dénominateur ont été arrondies aléatoirement à un multiple de 5, en conformité avec les règles de divulgation de Statistique Canada.
- Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) : la suppression est réalisée au sein d'une catégorie de sous-population dans les cas suivants :
  - le dénominateur est inférieur à cinq ou est vide;
  - le numérateur est 0.

Données d'enquête

- Si le numérateur comprend moins de dix observations (ou moins de cinq observations dans le cas de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations) ou moins de vingt observations pour le dénominateur, alors toutes les estimations sont supprimées.
- La possibilité de déclarer les numérateurs, les taux bruts et les taux standardisés selon l'âge est basée sur le coefficient de variation (CV) obtenu par la technique bootstrap :
  - Si $0,0 \leq CV < 16,6$, le taux peut être déclaré;
  - Si $16,6 \leq CV \leq 33,3$, l'estimation peut être signalée avec prudence et est désignée par la lettre E;
  - Si $CV > 33,3$, l'estimation ne peut pas être signalée et est désignée par la lettre F.
- La possibilité de communiquer des mesures sommaires repose sur la possibilité de communiquer les numérateurs et les taux.
  1. Déclaration du ratio de taux (RT), de la différence de taux (DT) et de la fraction attribuable (FA) :
     - Si les taux peuvent être signalés ($CV < 16,6$) pour le sous-groupe de la population et le groupe de référence, alors le RT, la DT et la FA peuvent être signalés.
     - Si les taux peuvent être signalés avec prudence pour le sous-groupe de population ou le groupe de référence, alors le RT, la DT et la FA peuvent être signalés avec prudence.
     - Si les taux ne peuvent pas être signalés ($CV > 33,3$) pour le sous-groupe de population et le groupe de référence, alors le RT, la DT et la FA ne peuvent pas être signalés.

- Pour les données portant sur les enfants, la possibilité de déclarer le RT, la DT et la FA est fonction des taux bruts dans la mesure où la standardisation selon l'âge n'a pas été réalisée.

2. Possibilité de déclarer la fraction attribuable dans la population (FAP), le taux attribuable dans la population (TAP) et le nombre de personnes à risque dans la population (NPRP) :
   - Si les numérateurs normalisés selon l'âge peuvent être signalés (CV < 16,6) pour le sous-groupe de la population et le groupe de référence, alors la FAP, le TAP et le NPRP peuvent être signalés.
   - Si les taux peuvent être signalés avec prudence pour le sous-groupe de la population ou le groupe de référence, alors la FAP, le TAP et le NPRP peuvent être signalés avec prudence.
   - Si les taux ne peuvent pas être signalés (CV > 33,3) pour le sous-groupe de la population et le groupe de référence, alors la FAP, le TAP et le NPRP ne peuvent être signalés.
   - Pour les données portant sur les enfants, la possibilité de déclarer la FAP, le TAP et les PRP est fonction des numérateurs bruts dans la mesure où la standardisation selon l'âge n'a pas été réalisée.

Annexe 5 : Calcul des scores individuels pour un classement quantitatif – Tabagisme

Tableau 4. Progression au sein du classement entre les seuils pour le tabagisme, 18 ans et plus

	RT			DT			TOTAUX
GROUPES DE LA POPULATION	1ER SEUIL	2E SEUIL	3E SEUIL	1ER SEUIL	2E SEUIL	3E SEUIL	
Identité autochtone	1	1	1	1	1	1	6
Antécédents culturels ou raciaux	1	1	1	1	1	0	5
Orientation sexuelle	1	1	0	1	1	1	5
Santé fonctionnelle	1	1	0	1	1	1	5
Statut d'immigrant	1	1	1	1	1	0	5
Revenu	1	1	0	1	1	0	4
Niveau de scolarité	1	1	1	1	1	1	6
Situation d'emploi	1	1	0	1	1	1	5
Profession	1	1	1	1	1	1	6
Résidence en milieu urbain et rural	1	0	0	1	0	0	2
Totaux	**10**	**9**	**5**	**10**	**9**	**6**	**49**

Annexe 6 : Exclusions de la population

Tableau 5. Populations et exclusions pour chaque source de données

SOURCE DE DONNÉES	ÉCHANTILLONNAGE	EXCLUSIONS DE LA POPULATION
Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)	Enfants de maternelle, à l'entrée à l'école (année avant la première année), qui ont fréquenté la même classe pendant au moins un mois	L'Alberta, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et le Nunavut n'ont pas été inclus. Enfants ayant des besoins spéciaux
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Personnes âgées de 12 ans et plus résidant dans les 10 provinces et les 3 territoires. Dans le Nord, la base de sondage de l'ESCC couvrait 92 % de la population ciblée au Yukon, 96 % dans les Territoires du Nord-Ouest, et 92 % au Nunavut (en 2013). Au Nunavut avant 2013, la couverture s'élevait à 71 %, car l'enquête n'englobait que les dix collectivités les plus nombreuses.	Les personnes vivant dans les réserves et autres établissements autochtones dans les provinces Les membres à temps plein des Forces armées canadiennes La population vivant en établissement Les jeunes de 12 à 17 ans demeurant dans des foyers d'accueil Les personnes vivant dans les régions sociosanitaires québécoises du Nunavik et des Terres-Cries de la Baie James
Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations (2008-2010)	Les adultes âgés de 18 ans et plus et les jeunes âgés de 12 à 17 ans dans 216 collectivités des Premières Nations (dans les réserves et le Nord du Canada, au-dessus du 60e parallèle).	Les Cris de la Baie James (Nord du Québec) Innu (Labrador) Collectivités comptant une population de moins de 75 personnes (environ 11 % de l'ensemble des collectivités)
Enquête nationale auprès des ménages (ENM)	L'ensemble de la population qui vit habituellement au Canada, tant dans les provinces que dans les territoires. Sont incluses les personnes qui vivent dans les réserves indiennes et autres établissements indiens, les résidents permanents, les résidents non permanents tels que les revendicateurs du statut de réfugié, les détenteurs d'un permis de travail ou d'un permis d'études ainsi que les membres de leur famille vivant avec eux.	Les représentants du gouvernement d'un autre pays affectés à une ambassade, un haut-commissariat ou un autre corps diplomatique au Canada Les membres des forces armées d'un autre pays basés au Canada Les résidents d'un autre pays visitant temporairement le Canada Les personnes vivant dans les logements collectifs institutionnels tels que les hôpitaux, les établissements de soins infirmiers ou les pénitenciers Les citoyens canadiens vivant à l'étranger et les membres à temps plein des Forces armées canadiennes qui sont en poste à l'extérieur du Canada Les personnes vivant dans les logements collectifs non institutionnels tels que les camps de travail, les hôtels et motels, et les résidences pour étudiants Les personnes vivant dans des collectivités des Premières Nations partiellement dénombrées (http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/aboriginal-autochtones-fra.cfm)

Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI)	Les Canadiens âgés de 15 et plus habitant dans des logements privés qui ont déclaré une limitation d'activités dans l'ENM de 2011.	Les personnes vivant en établissement et dans les autres logements collectifs
		Les personnes vivant dans les réserves de Premières Nations
Statistiques de l'état civil – Base canadienne de données sur les décès (BCDM)		Enregistrements avec des codes postaux manquants ou non valides Renseignements manquants sur le sexe ou l'âge
		Enregistrements ne comportant pas d'aire de diffusion attachée lors de leur traitement dans le cadre du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+) de Statistique Canada
Statistiques de l'état civil – Base canadienne de données sur les naissances (BCDN)		Mortinaissances
		Naissances en Ontario
		Enfants nés de résidentes de l'Ontario à l'extérieur de l'Ontario
		Naissances aux États-Unis
		Naissances comportant un code postal manquant ou non valide (l'aire de diffusion n'a pas été attribuée)
		Naissances pour lesquelles les renseignements sur le genre ou le sexe sont manquants
		Enregistrements ne comportant pas d'aire de diffusion attachée lors du traitement dans le FCCP+.
Registre canadien du cancer (RCC)		Enregistrements de cas de cancers sans renseignements relatifs à la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3)
		Enregistrements de cas de cancers pour lesquels les renseignements relatifs aux codes postaux sont manquants ou non valides
		Enregistrements comportant les codes de morphologie M-9050 à M9055, M-9140, M-9590 à M-9992
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)	Cinq maladies mentales sélectionnées (combinées) : les troubles liés à la consommation de substances; la schizophrénie, les troubles délirants et les troubles psychotiques non organiques; les troubles de l'humeur et les troubles affectifs; les troubles anxieux; certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.	Population âgée de moins de 15 ans
		Patients des hôpitaux généraux et psychiatriques dont le code postal de résidence est inconnu ou invalide
Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT)	Personnes ayant récemment reçu un diagnostic de tuberculose active (nouveaux cas et cas de retraitement) seulement.	

Références

(1) Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Composante annuelle, 2009-2010 – Contenu commun – Spécifications des variables dérivées (VD).* Statistique Canada; 2011.

(2) Statistique Canada. *Guide de référence sur le revenu, Enquête nationale auprès des ménages.* 2011.

(3) Statistique Canada. *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012 – Guide des concepts et méthodes.* Statistique Canada : 2014 [page consultée le 15 novembre 2017].

(4) Statistique Canada. *Glossaire illustré, Année de recensement 2011.* Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/92-195-x/92-195-x2011001-fra.htm.

(5) Anonyme [Internet]. Gouvernement du Canada; *Surveillance de la tuberculose* [mise à jour le 14 mars 2016]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/tuberculose/surveillance-tuberculose.html.

(6) Statistique Canada. *Rapport technique du Recensement de 2006 : couverture.* 2006.

(7) Statistique Canada. *Fichier de conversion des codes postaux (FCCP), Guide de référence.* 2017 (n° 92-154-G au catalogue).

(8) Allard Y, Wilkins R, Berthelot J. Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Rapports sur la santé. 2004;15(1).

(9) Carrière G, Peters PA, Sanmartin C. Méthodes fondées sur la région géographique pour calculer les taux d'hospitalisation chez la population née à l'étranger établie au Canada, 2005-2006 ». Rapports sur la santé. 2012;23(3):45-54.

(10) Pampalon R, Hamel D, Gamache P. Une comparaison de données socio-économiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada. Rapports sur la santé. Déc. 2009;20(4):95.

(11) Townsend J. Deprivation. Journal of social policy. 1987;16(2):125-46.

(12) Rothman KJ, Greenland S, Lash TL editors. Modern epidemiology. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

(13) Flanders WD. Approximate variance formulas for standardized rate ratios. J Chronic Dis. 1984;37(6):449-53.

(14) Harvard School of Public Health. [Internet]. The Public Health Disparities Geocoding Project Monograph [mise à jour en 2018]. Accessible à l'adresse : https://www.hsph.harvard.edu/thegeocodingproject/analytic-methods/.

(15) Rockhill B, Newman B, Weinberg C. Use and misuse of population attributable fractions. Am J Public Health. 1998 Jan;88(1):15-9.

(16) Greenland S. Variance estimators for attributable fraction estimates consistent in both large strata and sparse data. Stat Med. 1987;6(6):701-8.

(17) Gerstman B. Epidemiology Kept Simply: Introduction to Traditional and Modern Epidemiology. SciELO Brasil; 2016.

(18) Hennekens CH, Buring JE, Mayrent SL. Épidémiologie en médecine. Paris : Frison-Roche, 1998.

(19) Natarajan S, Lipsitz SR, Rimm E. A simple method of determining confidence intervals for population attributable risk from complex surveys. Stat Med. 2007;26(17):3229-39.

(20) Heller RF, Buchan I, Edwards R, Lyratzopoulos G, McElduff P, St Leger S. Communicating risks at the population level: application of population impact numbers. BMJ. 2003 Nov 15;327(7424):1162-5.

ISSUES DE SANTÉ

ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

INÉGALITÉS RELATIVES À L'ESPÉRANCE DE VIE ET À L'ESPÉRANCE DE VIE AJUSTÉE EN FONCTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AU CANADA

POINTS SAILLANTS

- L'espérance de vie, qui est principalement axée sur la durée de vie, constitue un indicateur clé de l'état de santé général. L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé, qui correspond au nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en santé, tient compte des indicateurs de la qualité de vie liés à la santé.
- Comparativement aux femmes, les hommes vivent en moyenne moins longtemps et présentent une espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé plus courte à 18 ans.
- L'espérance de vie à la naissance est plus faible dans les régions où une grande partie de la population se déclare autochtone : 12 ans de moins dans les régions ayant une forte proportion d'Inuits; 11,2 ans de moins dans les régions ayant une forte proportion de membres des Premières Nations; 6,9 ans de moins dans les régions ayant une forte proportion de Métis. En l'absence d'inégalité entre les personnes qui vivent dans des régions ayant une faible proportion de groupes autochtones et celles qui vivent dans des régions ayant une forte proportion d'Inuits ou de membres des Premières Nations, on constaterait une augmentation de 17,2 % et 15,9 %, respectivement, de l'espérance de vie des Canadiens vivant dans des régions comportant une forte proportion d'Inuits ou de membres des Premières Nations.
- Les Canadiens qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires vivent 11,3 années de moins en santé que les diplômés universitaires. Si les Canadiens qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires vivaient autant d'années en santé que les diplômés universitaires, on constaterait une augmentation de 22,1 % de leur espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans.
- Les Canadiens se trouvant dans le groupe au revenu inférieur vivent 11,3 années de moins en santé que ceux qui se trouvent dans le groupe au revenu supérieur. Si les Canadiens se trouvant dans le groupe au revenu inférieur vivaient autant d'années en santé que ceux qui se trouvent dans le groupe au revenu supérieur, on constaterait une augmentation de 22,4 % de leur espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans.
- Les Canadiens qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale élevée présentent une espérance de vie inférieure de 5,9 ans par rapport à ceux qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale faible. Si les Canadiens qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale élevée présentaient la même espérance de vie que ceux qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale faible, l'espérance de vie des Canadiens qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale élevée augmenterait de 7,6 %.
- À l'âge de 18 ans, les immigrants vivent 3,4 années de plus en bonne santé que les non-immigrants.

ACRONYME	NOM COMPLET
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EVAS	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
IES	Indice de l'état de santé
IC	Intervalle de confiance
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

L'espérance de vie est un indicateur clé de l'état de santé général et elle est surveillée dans le monde entier en tant que mesure du développement sociétal. Elle se définit comme le nombre estimé d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre si les taux de mortalité actuels demeurent constants. L'augmentation de l'espérance de vie peut être attribuée à plusieurs développements sociaux et technologiques, notamment l'amélioration des niveaux de vie, les avancées sur le plan des technologiques médicales et de la pratique de la médecine, et des niveaux de scolarité plus élevés (1).

Cependant, l'espérance de vie porte uniquement sur la durée de la vie et ne tient pas compte de la qualité de vie (2). L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) correspond au nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en santé, en tenant compte des taux de mortalité et de morbidité du moment (3). L'EVAS permet d'examiner la relation générale de la morbidité et de la mortalité et son incidence sur une population en particulier (4). Pour ces raisons, l'espérance de vie et l'EVAS ont été choisies comme indicateurs des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs sont sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

Les déterminants sociaux de la santé, tels que le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et la race, ainsi que les comportements malsains comme le tabagisme, la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique, peuvent avoir une incidence négative sur l'espérance de vie et l'EVAS (5,6). Les Canadiens qui vivent dans des quartiers défavorisés sont beaucoup plus susceptibles de présenter une EVAS plus courte que ceux qui vivent dans des quartiers où le revenu est plus élevé (3). Les Canadiens qui possèdent un niveau de scolarité plus élevé vivent également plus longtemps et en meilleure santé (2). Comparativement aux femmes, les hommes présentent une espérance de vie et une EVAS plus courtes, et ils font face à des disparités socioéconomiques plus importantes en ce qui concerne l'espérance de vie. Cependant, les femmes passent une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé que les hommes (7).

MÉTHODES

Les données de la Base canadienne de données sur la mortalité (2009–2011) ont été utilisées pour estimer l'espérance de vie à la naissance. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (2000–2001 à 2007–2008) liées à la Base canadienne de données sur la mortalité (2000–2011) ont servi à déterminer l'EVAS à 18 ans.

L'EVAS à 18 ans a été estimée en ajustant les années de vie vécues à chaque intervalle d'âge en fonction du facteur de pondération, qui a été obtenu à partir de l'Indice de l'état de santé (IES, *HUI Mark 3*). (Pour en savoir plus sur l'IES, consulter le chapitre Méthodologie.) Il existe différents moyens de calculer l'EVAS. Nous avons utilisé une méthode fondée sur l'incidence qui s'appuie sur une table de survie multi-états pour indiquer les probabilités de transition d'un état de santé à l'autre (3).

Les inégalités relatives à l'espérance de vie à la naissance selon les régions et l'EVAS individuelle à 18 ans[11] ont été évaluées en fonction de l'âge, du sexe ou du genre, et de six stratificateurs sociaux de type géographique : l'identité autochtone (pour l'EVAS seulement), le statut d'immigrant, le revenu, le niveau de scolarité, la défavorisation matérielle et sociale, et la résidence en milieu urbain ou rural. Les indices de défavorisation matérielle et sociale sont fondés sur la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, la proportion de la population ayant un emploi, le revenu personnel moyen, la proportion de personnes vivant seules, la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales (8).

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (9). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des mesures de type géographique, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Deux mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'importance et l'impact des inégalités : la différence d'estimation (années) et le pourcentage de la différence d'estimation (%).

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

L'espérance de vie générale à la naissance (2009–2011) était de 81,8 ans (annexe 1), tandis que l'EVAS générale à 18 ans (2001–2011) était de 56,8 ans (annexe 2). D'importantes inégalités ont été relevées pour les deux indicateurs entre tous les groupes sociaux. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

11. Les données portant sur l'EVAS qui proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont uniquement disponibles pour les Canadiens âgés de 12 ans et plus. Dans le cadre de cette analyse, l'EVAS à 18 ans et plus a été choisie pour représenter l'EVAS chez les adultes.

Sexe ou genre

Les hommes canadiens présentaient une espérance de vie à la naissance plus courte que les femmes, vivant en moyenne 4,5 ans de moins que celles-ci. L'espérance de vie à la naissance des hommes était de 79,5 ans (IC à 95 % : 79,5–79,6) et celle des femmes de 84,0 ans (IC à 95 % : 83,9–84,0) (annexe 1). Si les hommes vivaient aussi longtemps que les femmes, leur espérance de vie augmenterait de 5,4 %.

L'écart est plus faible pour l'EVAS à 18 ans : les hommes vivaient 3,3 ans de moins en bonne santé que les femmes. L'EVAS à 18 ans était de 55,1 ans (IC à 95 % : 54,8–55,4) pour les hommes et de 58,4 ans (IC à 95 % : 58,1–58,7) pour les femmes. Si les hommes vivaient aussi longtemps en bonne santé que les femmes, leur EVAS à 18 ans augmenterait de 5,7 %.

Peuples autochtones

Comparativement à celle des personnes qui vivent dans des régions ayant une faible concentration d'Autochtones, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui vivent dans des régions ayant une forte proportion d'Inuits était inférieure de 12 ans, s'établissant à 69,7 ans (IC à 95 % : 68,8–70,7). L'espérance de vie à la naissance était inférieure de 11,2 ans dans les régions ayant une forte proportion de membres des Premières Nations, soit 70,5 ans (IC à 95 % : 70,2–70,8). Dans les régions ayant une forte proportion de Métis, l'espérance de vie à la naissance était inférieure de 6,9 ans, soit 74,8 ans (IC à 95 % : 74,1–75,5). L'ampleur des inégalités touchant l'espérance de vie était plus importante chez les hommes que chez les femmes (figure 1).

En l'absence d'inégalités entre les personnes vivant dans des régions ayant une faible proportion de groupes autochtones et celles qui vivent dans des régions ayant une forte proportion d'Inuits, de membres des Premières Nations ou de Métis, on constaterait une augmentation respective de 17,2 %, 15,9 % et 9,2% de l'espérance de vie des Canadiens vivant dans des régions ayant une forte proportion d'Inuits, de membres des Premières Nations ou de Métis.

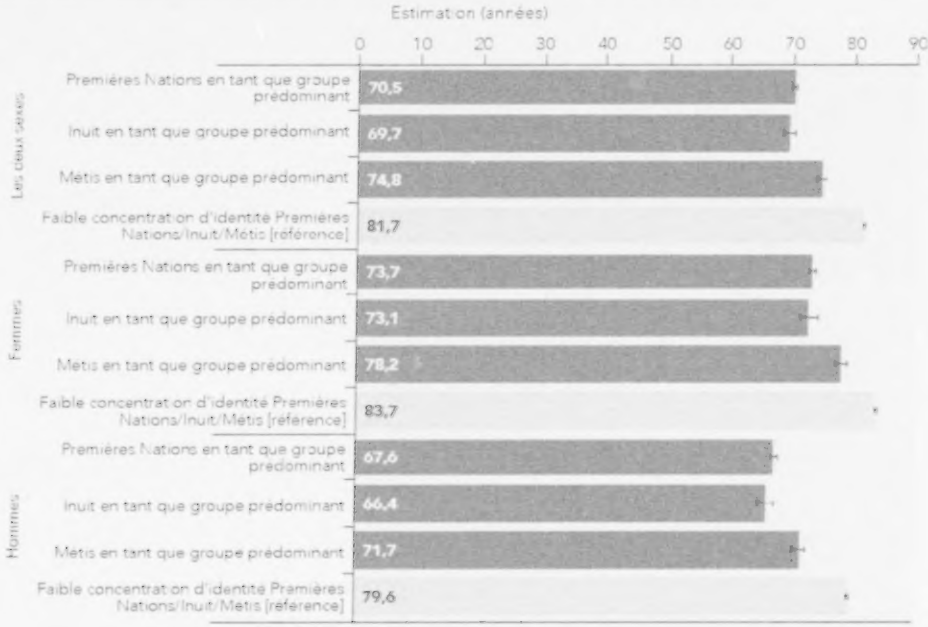
Statut d'immigrant

Les personnes vivant dans des régions ayant une forte concentration de résidents nés au Canada présentaient une espérance de vie de 81,0 ans (IC à 95 % : 81,0–81,1). Cette espérance de vie est inférieure de 2,9 ans par rapport à celle des personnes vivant dans les régions ayant une forte concentration de résidents nés à l'étranger, à savoir 83,9 ans (IC à 95 % : 83,8–84,0) (figure 2).

L'EVAS à 18 ans suivait le même schéma, les immigrants vivant 3,4 années de plus en bonne santé que les non-immigrants. Des inégalités en fonction du sexe étaient aussi apparentes. Les hommes immigrants vivaient 4,2 années de plus en bonne santé par rapport aux hommes non immigrants. De leur côté, les femmes immigrantes vivaient 2,6 années de plus en bonne santé par rapport aux femmes non immigrantes (figure 3).

FIGURE 1

Espérance de vie à la naissance selon l'identité autochtone et le sexe ou genre, Canada, 2009–2011

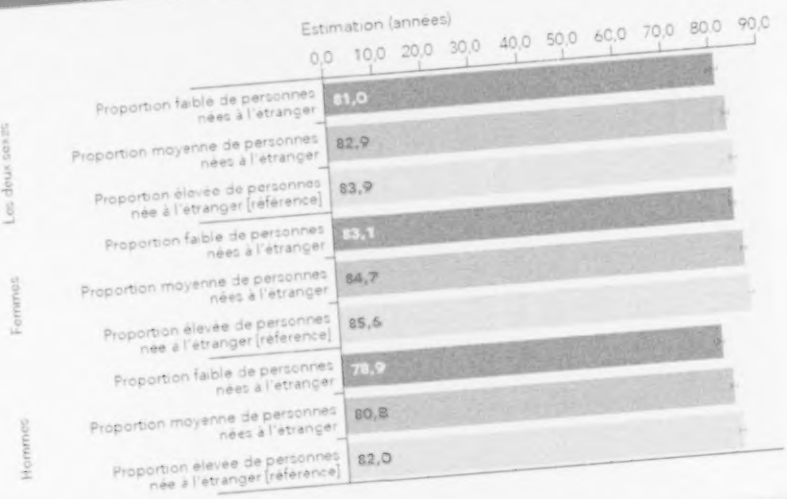


LES DEUX SEXES	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
Premières Nations en tant que groupe prédominant	–11,2*	–15,9
Inuit en tant que groupe prédominant	–12,0*	–17,2
Métis en tant que groupe prédominant	–6,9*	–9,2
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Premières Nations en tant que groupe prédominant	–10,0*	–13,6
Inuit en tant que groupe prédominant	–10,6*	–14,5
Métis en tant que groupe prédominant	–5,5*	–7,0
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Premières Nations en tant que groupe prédominant	–12,0*	–17,8
Inuit en tant que groupe prédominant	–13,2*	–19,9
Métis en tant que groupe prédominant	–7,9*	–11,0
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	0,0	0,0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique de l'identité autochtone tirées du Recensement de la population de 2006
La stratification écologique des données de l'espérance de vie a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006
Groupe prédominant: ≥ 33% des résidents de l'aire de diffusion déclarent une identité autochtone avec une majorité appartenant au groupe indiqué
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2009–2011

FIGURE 2

Espérance de vie à la naissance selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011

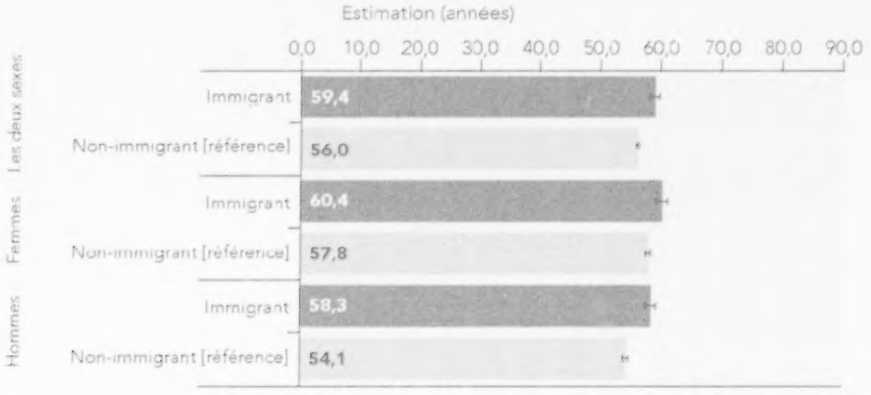


	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
LES DEUX SEXES		
Proportion faible de personnes nées à l'étranger	−2,9*	−3,6
Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	−1,0*	−1,2
Proportion élevée de personnes nées à l'étranger [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Proportion faible de personnes nées à l'étranger	−2,5*	−3,0
Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	−0,9*	−1,1
Proportion élevée de personnes nées à l'étranger [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Proportion faible de personnes nées à l'étranger	−3,1*	−3,9
Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	−1,2*	−1,5
Proportion élevée de personnes nées à l'étranger [référence]	0,0	0,0

*: Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique du statut d'immigrant tirées du Recensement de la population de 2006
La stratification écologique des données de l'espérance de vie a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2009–2011

FIGURE 3

Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, 2000–2011



LES DEUX SEXES	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
Immigrant	3,4*	5,6
Non-immigrant [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Immigrant	2,6*	4,3
Non-immigrant [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Immigrant	4,2*	7,2
Non-immigrant [référence]	0,0	0,0

* : Significativement différent de la categorie de référence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle (2000/01–2007/08) couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2000–2011

Revenu

Les Canadiens vivant dans les quartiers où le revenu est le plus faible présentaient une espérance de vie à la naissance de 79,1 ans (IC à 95 % : 79,0–79,2). Cette espérance de vie est inférieure de 4,1 ans par rapport à celle des personnes vivant dans les quartiers où le revenu est le plus élevé, à savoir 83,2 ans (IC à 95 % : 83,2–83,3). Si les personnes qui vivent dans des quartiers à revenu inférieur présentaient la même longévité que les personnes qui vivent dans les quartiers à revenu supérieur, leur espérance de vie augmenterait de 5,2 %. Les comparaisons de l'espérance de vie à la naissance en fonction du sexe ou du genre entre les quintiles de revenu indiquent que les hommes se situant dans le quintile de revenu supérieur présentent une espérance de vie plus longue de 5,3 ans par rapport aux hommes se situant dans le quintile de revenu inférieur, tandis que les femmes se situant dans le quintile de revenu supérieur présentent une espérance de vie plus longue de 3,1 ans par rapport aux femmes se situant dans le quintile de revenu inférieur (figure 4).

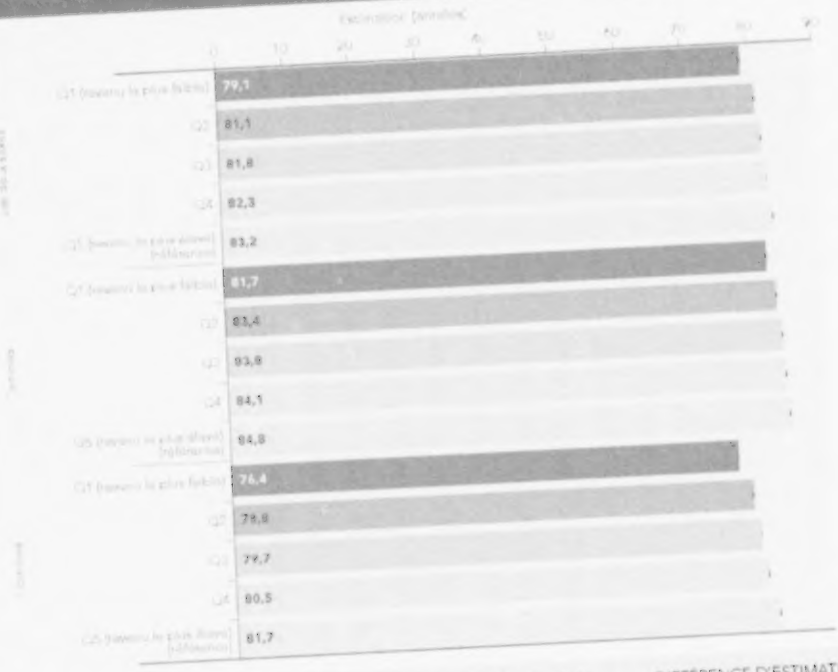
Les inégalités en matière d'espérance de vie qui sont liées au revenu étaient encore plus marquées lorsqu'il était question des années vécues en bonne santé. On observe un gradient positif manifeste entre le revenu et l'EVAS à 18 ans, l'EVAS augmentant à mesure que le revenu augmente. Les Canadiens se trouvant dans le quintile de revenu inférieur vivaient 11,3 années de moins en bonne santé que ceux se trouvant dans le quintile de revenu supérieur. Si les Canadiens se trouvant dans le quintile de revenu inférieur présentaient la même espérance de vie en bonne santé que ceux se trouvant dans le quintile de revenu supérieur, on observerait une augmentation de 22,4 % du nombre d'années vécues en bonne santé chez les Canadiens présentant le revenu le plus faible (figure 5).

Si les Canadiens qui se situent dans le quintile de revenu inférieur vivaient aussi longtemps en bonne santé que ceux qui se situent dans le quintile de revenu supérieur, on observerait une augmentation de 22,4 % du nombre d'années vécues en bonne santé chez les Canadiens les plus pauvres..

Les écarts entre les différents quintiles de revenu, pour ce qui touche l'espérance de vie en bonne santé, étaient plus importants chez les hommes. Les hommes se trouvant dans les quintiles de revenu inférieurs présentaient une réduction de 12,9 ans de l'EVAS à 18 ans par rapport aux hommes se trouvant dans les quintiles de revenu supérieurs. Chez les femmes, la différence entre les quintiles de revenu inférieur et supérieur est estimée à 10,8 ans (figure 5).

FIGURE 4

Espérance de vie à la naissance selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011

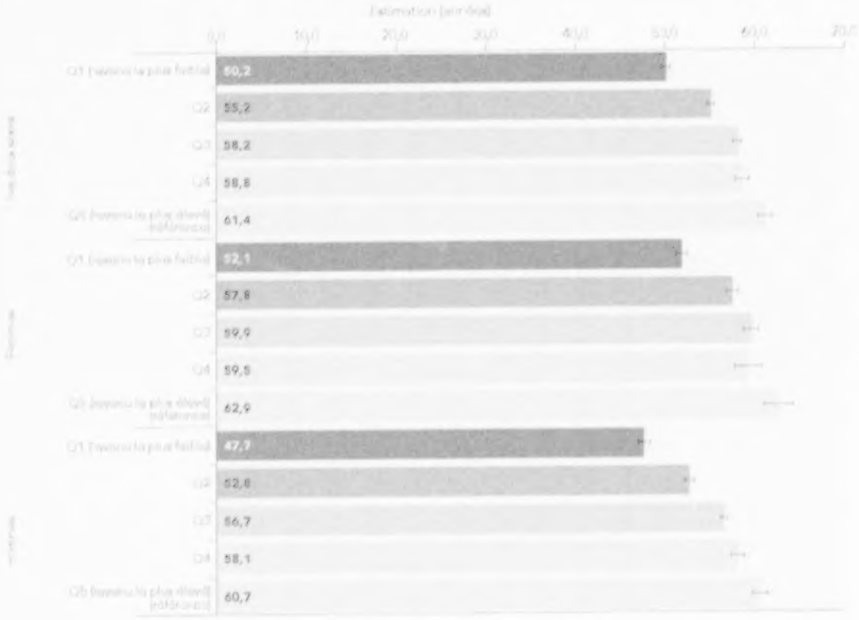


	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
LES DEUX SEXES		
Q1 (revenu le plus faible)	−4,1*	−5,2
Q2	−2,1*	−2,6
Q3	−1,4*	−1,7
Q4	−0,9*	−1,1
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Q1 (revenu le plus faible)	−3,1*	−3,8
Q2	−1,4*	−1,7
Q3	−1,0*	−1,2
Q4	−0,7*	−0,8
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Q1 (revenu le plus faible)	−5,3*	−6,9
Q2	−2,9*	−3,7
Q3	−2,0*	−2,5
Q4	−1,2*	−1,5
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	0,0	0,0

Q : Quintile
*: Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique : des quintiles de revenu tirées du Recensement de la population de 2006
La stratification écologique des données de l'espérance de vie a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2009–2011

FIGURE 5

Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, 2000–2011



LES DEUX SEXES	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
Q1 (revenu le plus faible)	−11,3*	−22,4
Q2	−6,2*	−11,2
Q3	−3,3*	−5,6
Q4	−2,6*	−4,5
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Q1 (revenu le plus faible)	−10,8*	−20,7
Q2	−5,1*	−8,8
Q3	−2,9*	−4,9
Q4	−3,3*	−5,6
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Q1 (revenu le plus faible)	−12,9*	−27,1
Q2	−7,9*	−15,0
Q3	−3,9*	−6,9
Q4	−2,6*	−4,5
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	0,0	0,0

Q : Quintile
*: Significativement différent de la catégorie de référence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle (2000/01–2007/09) couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2000–2011

Niveau de scolarité

Les Canadiens qui vivent dans les régions où la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires est la plus élevée présentent une espérance de vie de 79,9 ans (IC à 95 % : 79,8–80,0). Il s'agit d'une espérance de vie inférieure de 3,1 ans par rapport à celle des personnes qui vivent dans les régions présentant la plus importante proportion de diplômés universitaires, qui est de 83,0 ans (IC à 95 % : 83,0–83,1). S'il n'existait pas d'inégalités entre les personnes qui vivent dans les régions ayant la proportion la plus élevée de personnes sans diplôme d'études secondaires et celles vivant dans les régions ayant la plus importante proportion de diplômés universitaires, on noterait une augmentation de 3,9 % de l'espérance de vie des Canadiens qui vivent dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible (figure 6).

Les hommes vivant dans les quartiers où le niveau de scolarité est le plus élevé présentaient une espérance de vie plus longue de 3,7 ans par rapport aux hommes vivant dans les quartiers où le niveau de scolarité est le plus faible. Pour les femmes, la différence correspondante était de 2,3 ans (figure 6).

Encore une fois, les inégalités relatives à l'EVAS étaient plus importantes que les inégalités relatives à l'espérance de vie. En ce qui a trait à l'EVAS à 18 ans, la différence entre les Canadiens présentant un diplôme universitaire et ceux n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était de 11,3 ans. Si l'EVAS à 18 ans pour les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires était la même que celle des diplômés universitaires, on constaterait une augmentation de 22,1 % du nombre d'années vécues en bonne santé à 18 ans pour les Canadiens sans diplôme d'études secondaires. Les inégalités relatives touchant l'EVAS étaient légèrement plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Les hommes n'ayant pas terminé leurs études secondaires présentaient une EVAS à 18 ans réduite de 12,3 ans par rapport aux hommes ayant un diplôme universitaire. Chez les femmes, la réduction correspondante était de 11,3 ans (figure 7).

Défavorisation matérielle et sociale

L'espérance de vie des Canadiens vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel[12] était inférieure de 3,8 ans par rapport à celle des personnes vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel. La différence entre l'espérance de vie des personnes vivant dans les régions les plus défavorisées et les plus favorisées sur le plan social était de 2,8 ans. Lorsque la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale étaient combinées, les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées présentaient une espérance de vie de 77,8 ans (IC à 95 % : 77,7–78,0), tandis que celles vivant dans les régions les moins défavorisées présentaient une espérance de vie de 83,7 ans (IC à 95 % : 83,6–83,9), ce qui représente une différence de 5,9 ans. Ces inégalités étaient plus prononcées chez les hommes que chez les femmes (figure 8).

Si les Canadiens qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale élevée présentaient la même espérance de vie que ceux vivant dans des régions de défavorisation matérielle et sociale faible, l'espérance de vie des Canadiens qui vivent dans des régions de défavorisation matérielle et sociale élevée augmenterait de 7,6 %.

Aucune donnée sur l'EVAS à 18 ans en fonction de la défavorisation matérielle et sociale n'était disponible.

12. Pour obtenir une définition de l'indice de défavorisation, consultez le chapitre Méthodologie.

FIGURE 6

Espérance de vie à la naissance selon le quintile de niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011

LES DEUX SEXES	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	−3,1*	−3,9
Q2	−2,0*	−2,5
Q3	−1,4*	−1,7
Q4	−0,8*	−1,0
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	−2,3*	−2,8
Q2	−1,5*	−1,8
Q3	−1,1*	−1,3
Q4	−0,6*	−0,7
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	−3,7*	−4,8
Q2	−2,3*	−2,9
Q3	−1,7*	−2,1
Q4	−1,0*	−1,2
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	0,0	0,0

[illegible]

FIGURE 7

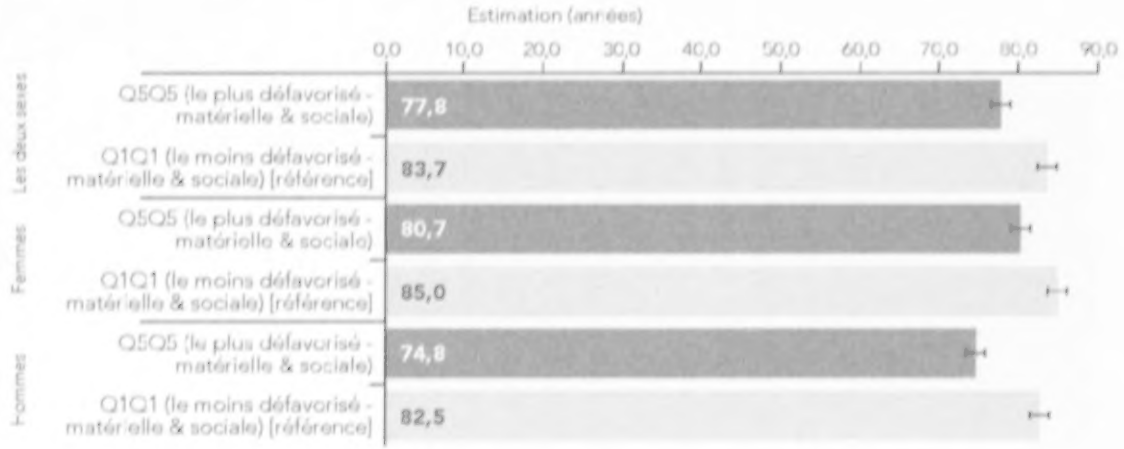
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, 2000–2011

LES DEUX SEXES	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
Sans diplôme d'études secondaires	−11,3*	−22,1
Diplômé de l'école secondaire	−5,1*	−8,9
Études postsecondaires partielles	−6,9*	−12,3
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	−4,6*	−7,9
Diplômé universitaire [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Sans diplôme d'études secondaires	−11,3*	−21,3
Diplômé de l'école secondaire	−6,1*	−10,5
Études postsecondaires partielles	−7,4*	−13,1
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	−4,3*	−7,1
Diplômé universitaire [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Sans diplôme d'études secondaires	−12,3*	−25,1
Diplômé de l'école secondaire	−5,4*	−9,7
Études postsecondaires partielles	−7,4*	−13,7
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	−5,9*	−10,6
Diplômé universitaire [référence]	0,0	0,0

* Significativement différent de la catégorie de référence.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle (2000/01–2007/08) couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2000–2011.

FIGURE 8

Espérance de vie à la naissance selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



LES DEUX SEXES	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (ANNÉES)	DIFFÉRENCE D'ESTIMATION (%)
Q5Q5 (le plus défavorisé)	-5,9*	-7,6
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	0,0	0,0
FEMMES		
Q5Q5 (le plus défavorisé)	-4,3*	-5,3
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	0,0	0,0
HOMMES		
Q5Q5 (le plus défavorisé)	-7,7*	-10,3
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	0,0	0,0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique de l'indice de défavorisation tirées du Recensement de la population de 2006. La stratification écologique des données de l'espérance de vie a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2009–2011

Résidence en milieu urbain ou rural

Les Canadiens vivant dans les trois plus grandes régions métropolitaines (Toronto, Montréal et Vancouver)[13] avaient une espérance de vie de 83,0 ans (IC à 95 % : 82,9–83,0), ce qui représente une espérance de vie plus longue de 1,5 an par rapport à celle des Canadiens vivant dans les autres grandes villes (81,5 ans; IC à 95 % : 81,5–81,6). Les Canadiens vivant dans des régions éloignées présentaient quant à eux une espérance de vie réduite de 3,7 ans par rapport à celle des Canadiens vivant dans de grandes villes autres que Toronto, Montréal et Vancouver (77,8 ans; IC à 95 % : 77,7–77,8).

Une différence similaire est observée pour ce qui touche l'espérance de vie en bonne santé à 18 ans entre les Canadiens vivant dans les plus grandes régions métropolitaines et ceux vivant dans d'autres grandes villes. Les Canadiens vivant à Toronto, Montréal et Vancouver vivaient en moyenne 1,7 an de plus en bonne santé à 18 ans que les Canadiens vivant dans les autres grands centres urbains (annexe 2).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

L'espérance de vie à la naissance a été utilisée à la place de l'espérance de vie à 18 ans afin de faciliter les comparaisons internationales. Les données sur l'EVAS à la naissance n'étaient pas disponibles étant donné que l'ESCC ne concerne que les Canadiens âgés de 12 ans et plus. Il n'était donc pas possible de faire des comparaisons directes entre l'espérance de vie et l'EVAS, puisque ces indicateurs ne couvraient pas le même intervalle d'âges.

Les faibles nombres ont empêché le calcul de certains résultats en matière d'inégalités. Par exemple, l'EVAS n'a pas pu être calculée pour tous les groupes culturels et raciaux. En outre, les limites propres à l'ESCC quant à la couverture de toutes les provinces et de tous les territoires, ainsi que l'exclusion de populations clés telles que les résidents des établissements de soins de longue durée, doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats concernant l'EVAS.

L'espérance de vie a été stratifiée en fonction de mesures de type géographique pour le niveau de scolarité, le statut d'immigrant et l'identité autochtone, alors que l'EVAS à 18 ans s'appuyait sur des mesures individuelles pour ces stratificateurs. Le fait d'utiliser des mesures de type géographique pour remplacer les mesures individuelles peut donner lieu à une sous-estimation des inégalités relatives aux stratificateurs socioéconomiques. Cela signifie également que de nombreuses variables d'intérêt ne sont pas disponibles. Par exemple, des différences importantes ont été constatées en matière d'espérance de vie aux États-Unis en fonction de la race. On dispose de peu de données similaires par rapport à la race ou à l'ethnicité au Canada.

Bien que la signification statistique des différences observées en santé puisse être présumée en comparant les intervalles de confiance à 95 % (9), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Les données sont transversales et elles illustrent la répartition de la santé dans les différents groupes de populations au Canada. Elles démontrent l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à l'espérance de vie dans différents groupes socialement stratifiés. Le fardeau associé à une espérance de vie plus courte et à une moins bonne qualité de vie, qui est disproportionné chez ces groupes, dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels liés à la santé qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris. Les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici. De même, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène de certains groupes sociaux. Par exemple,

13. Pour obtenir une définition des sous-groupes de la résidence en milieu urbain/rural, consultez le chapitre Méthodologie.

l'espérance de vie diffère grandement entre les populations d'immigrants selon leur pays d'origine. En comparant la population d'immigrants dans son ensemble à la population de non-immigrants, on ne tient pas compte des différences qui existent au sein des différentes populations d'immigrants et entre celles-ci sur le plan des inégalités; cela peut donner lieu à une sous-estimation ou à une surestimation du fardeau sur la santé chez ces groupes (10).

DISCUSSION

Dans de nombreux pays industrialisés, l'augmentation des inégalités entre les populations sur le plan de la morbidité et de la mortalité constitue une préoccupation croissante. En 2015, le Canada se classait au huitième rang des pays membres de l'OCDE pour ce qui touche l'espérance de vie à la naissance des hommes (80,2 ans), et au dixième rang pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes (84,1 ans) (11). La même année, le Canada occupait la dixième place à l'échelle internationale au chapitre de l'EVAS à la naissance, avec 72,3 ans (12).

Les inégalités relevées entre les groupes socioéconomiques au Canada sur le plan de l'espérance de vie et de l'EVAS sont du même ordre que celles observées dans d'autres pays développés. En Écosse, l'écart en matière d'EVAS entre les personnes résidant dans les régions les plus défavorisées et celles résidant dans les régions les plus favorisées était de 10,7 ans, avec un écart plus important chez les hommes que chez les femmes (13). Aux États-Unis, la différence entre l'espérance de vie de ceux dont le revenu se situait dans la tranche des 1 % les plus faibles et ceux dont le revenu se situait dans la tranche des 1 % les plus élevés était beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes : 6,0 ans (IC à 95 % : 5,9–6,2) pour les hommes contre 1,5 an (IC à 95 % : 1,3–1,8) pour les femmes (5). De plus, l'écart attribuable à la race et au niveau de scolarité sur le plan de l'espérance de vie était substantiel. Ainsi, l'espérance de vie des hommes de race blanche ayant un diplôme universitaire dépassait de 14,2 années celle des hommes de race noire sans diplôme d'études secondaires. L'espérance de vie des femmes de race blanche ayant un diplôme universitaire dépassait de 10,3 années celui des femmes de race noire sans diplôme d'études secondaires (14).

Bien que l'espérance de vie et l'EVAS aient continué à augmenter au Canada, toutes les populations ne bénéficient pas également de ces améliorations (3), et d'importantes inégalités subsistent entre les groupes socioéconomiques. On estime à 22 % la proportion des années de vie perdues prématurément au Canada qui peut être imputée à des différences de revenu (15).

Au Canada, les femmes vivent en moyenne 4,5 années de plus que les hommes, et 3,3 années de plus en santé que ceux-ci. Cette conclusion concorde avec les données de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, qui révélaient qu'en 2001 au Canada l'espérance de vie à la naissance et l'EVAS des femmes étaient plus élevées que celles des hommes (3).

D'importants écarts ont été constatés entre l'espérance de vie des Canadiens autochtones et celle des Canadiens non autochtones. Si l'on prend pour point de comparaison l'espérance de vie des personnes vivant dans les régions à faible concentration de personnes s'identifiant comme Autochtones, l'espérance de vie à la naissance était de 12 années inférieure dans les régions à forte concentration d'Inuits (soit 66,4 ans pour les hommes et 73,1 ans pour les femmes), de 11,2 années inférieure dans les régions à forte concentration de membres des Premières Nations (67,6 ans pour les hommes et 73,7 ans pour les femmes), et de 6,9 années inférieure dans les régions à forte concentration de Métis (71,7 ans pour les hommes et 78,2 ans pour les femmes). Ces chiffres sont du même ordre que ceux précédemment publiés à propos de l'espérance de vie projetée des Autochtones et de l'ensemble des Canadiens pour l'année 2017. Dans ces rapports, l'espérance de vie projetée de la population des Métis était de 73 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes, et celle de la population des Premières Nations était de 74 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes. Comparativement, l'espérance de vie projetée de la population générale était

de 79 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. Les Inuits affichaient l'espérance de vie projetée la plus faible, avec 64 ans pour les hommes et 73 ans pour les femmes (16). Ces projections sont similaires à l'espérance de vie observée dans certains pays en développement. Au Guatemala, par exemple, l'espérance de vie était de 71,1 ans en 2010 (17).

Au Canada, les inégalités relatives à l'espérance de vie à la naissance se traduisaient par un écart de 5,3 ans entre les hommes se situant dans le quintile de revenu le plus élevé et ceux se situant dans le quintile de revenu le plus faible. L'écart était de 3,1 ans pour les femmes dans ces deux groupes. Les inégalités relatives à l'espérance de vie à la naissance des Canadiens se traduisaient par un écart de 3,7 ans entre les hommes se situant dans le quintile de niveau de scolarité le plus élevé et ceux se situant dans le quintile de niveau de scolarité le plus faible. L'écart était de 2,3 ans pour les femmes dans ces deux groupes. Un rapport canadien datant de 2002 faisait état d'un écart entre les quartiles en matière d'espérance de vie selon le revenu du quartier de 5 ans pour les hommes et de 2 ans pour les femmes (18). Un gradient par paliers négatif de l'espérance de vie à la naissance a également été constaté chez les hommes et chez les femmes. Par ailleurs, conformément à ce qu'indiquaient les recherches antérieures, les inégalités relatives à l'EVAS entre les groupes socioéconomiques se portant le mieux et ceux se portant le moins bien considérant les niveaux de revenu et de scolarité étaient supérieures aux inégalités relatives à l'espérance de vie globale (11 ans pour les deux variables) (3).

Les mesures liées à la défavorisation matérielle, sociale et combinée étaient toutes associées à une espérance de vie plus faible. L'espérance de vie des Canadiens résidant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel était de 3,8 années inférieure à celle des Canadiens résidant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel. L'écart s'élevait à 2,8 années entre les Canadiens vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social et ceux vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan social. Ce constat rejoint les résultats de l'Etude de suivi de la mortalité selon le recensement (1991–2001), qui indiquaient une différence de 3,5 ans dans l'espérance de vie à l'âge de 25 ans entre les groupes les plus avantagés et les groupes plus désavantagés au regard de la défavorisation *matérielle*, et de 2 ans dans le cas de la défavorisation sociale (8).

Bien que l'espérance de vie des Canadiens soit l'une des plus élevées au monde, elle n'est pas également répartie entre les diverses populations du pays. Il existe un gradient socicéconomique évident. En effet, l'espérance de vie et l'EVAS augmentent à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité augmentent dans un quartier et que la défavorisation sociale et matérielle y diminue. Pour tous les stratificateurs sociaux, l'espérance de vie des hommes est plus faible, tout comme l'est celle des Canadiens résidant dans les régions à forte concentration d'Autochtones. Dans le même temps, l'EVAS des Canadiens nés à l'étranger est plus élevée que celle des non-immigrants. Bien que les facteurs de risque liés aux comportements individuels tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique aient un effet négatif, les conditions sociales et environnementales plus générales ont une incidence substantielle sur l'espérance de vie et l'EVAS (5,6). Afin de remédier à ces inégalités, il faudrait intervenir stratégiquement sur les facteurs d'influence plus généraux tels que le statut socioéconomique, les caractéristiques du quartier et la défavorisation sociale et matérielle. La surveillance systématique des inégalités en santé entre les groupes sociodémographiques et socicéconomiques, pour ce qui est de l'espérance de vie et l'EVAS, est nécessaire pour éclairer et renforcer les interventions, les programmes, les politiques et la recherche afin d'agir sur les déterminants individuels et les déterminants plus généraux. La mesure et la surveillance continues des inégalités peuvent également révéler des changements sur le plan de l'espérance de vie, de l'EVAS ou de leurs déterminants au fil du temps.

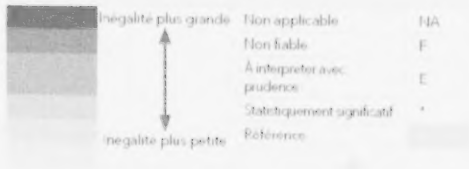
Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'espérance de vie à la naissance. Source des données : BCDM 2009-2011

Stratificateurs sociaux		Estimation			MESURES SOMMAIRES					
					Différence d'estimation (DE)			Différence d'estimation (DE%)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Global	Les deux sexes	81,8	84,0	79,5				NA		
Groupes de population										
Sexe/genre	Femmes	84,0	NA		NA	-4,5*	NA	NA	5,4	NA
	Hommes [référence]	79,5			Référence					
Identité autochtone (mesure de type géographique)	Concentration élevée d'identité Premières Nations/Inuit/Métis	71,2	74,5	68,2	-10,5*	-9,2*	-11,4*	-14,7	-12,3	-16,7
	Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	81,7	83,7	79,6	Référence					
Groupe autochtone prédominant (mesure de type géographique)	Premières Nations en tant que groupe prédominant	70,5	73,7	67,6	-11,2*	-10,0*	-12,0*	-15,9	-13,6	-17,8
	Inuit en tant que groupe prédominant	69,7	73,1	66,4	-12,0*	-10,6*	-13,2*	-17,2	-14,5	-19,9
	Métis en tant que groupe prédominant	74,8	78,2	71,7	-6,9*	-5,5*	-7,9*	-9,2	-7,0	-11,0
	Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	81,7	83,7	79,6	Référence					
Statut d'immigrant (mesure de type géographique)	Proportion faible de personnes nées à l'étranger	81,0	83,1	78,9	-2,9*	-2,5*	-3,1*	-3,6	-3,0	-3,9
	Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	82,9	84,7	80,8	-1,0*	-0,7*	-1,2*	-1,2	-1,1	-1,5
	Proportion élevée de personnes nées à l'étranger [référence]	83,9	85,6	82,0	Référence					
Résidence en milieu rural/urbain	Régions éloignées	77,8	80,6	75,2	-3,7*	-2,9*	-4,2*	-4,8	-3,6	-5,6
	Régions rurales	80,4	82,6	78,2	-1,1*	-0,7*	-1,2*	-1,4	-1,1	-1,5
	Petits centres urbains	80,5	82,8	78,4	-1,0*	-0,7*	-1,0*	-1,2	-0,8	-1,3
	Toronto, Montréal et Vancouver	83,0	84,7	81,0	1,5*	1,2*	1,6*	1,8	1,4	2,0
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) [référence]	81,5	83,5	79,4	Référence					
Déterminants socioéconomiques de la santé										
Quintile de revenu (mesure de type géographique)	Q1 (revenu le plus bas)	79,1	81,7	76,4	-4,1*	-3,1*	-5,3*	-5,2	-3,8	-6,9
	Q2	81,1	83,4	78,8	-2,1*	-1,4*	-2,9*	-2,6	-1,7	-3,7
	Q3	81,8	83,8	79,7	-1,4*	-1,0*	-2,0*	-1,7	-1,2	-2,5
	Q4	82,3	84,1	80,5	-0,9*	-0,7*	-1,2*	-1,1	-0,8	-1,5
	Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	83,2	84,8	81,7	Référence					
Niveau de scolarité (mesure de type géographique)	Q1 (niveau de scolarité le plus bas)	79,9	82,4	77,5	-3,1*	-2,3*	-3,7*	-3,9	-2,8	-4,8
	Q2	81,0	83,2	78,9	-2,0*	-1,5*	-2,3*	-2,5	-1,8	-2,9
	Q3	81,6	83,6	79,5	-1,4*	-1,1*	-1,7*	-1,7	-1,3	-2,1
	Q4	82,2	84,1	80,2	-0,8*	-0,6*	-1,0*	-1,0	-0,7	-1,2
	Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	83,0	84,7	81,2	Référence					
Indice de défavorisation—matérielle (mesure de type géographique)	Q5 (le plus défavorisé)	80,1	82,6	77,6	-3,8*	-2,9*	-4,5*	-4,7	-3,5	-5,8
	Q4	81,3	83,6	79,1	-2,6*	-1,9*	-3,0*	-3,2	-2,3	-3,8
	Q3	82,0	84,1	79,9	-1,9*	-1,4*	-2,2*	-2,3	-1,7	-2,8
	Q2	82,9	84,8	80,8	-1,00*	-0,7*	-1,3*	-1,2	-0,8	-1,6
	Q1 (le moins défavorisé) [référence]	83,9	85,5	82,1	Référence					
Indice de défavorisation—sociale (mesure de type géographique)	Q5 (le plus défavorisé)	80,3	82,9	77,4	-2,8*	-1,8*	-4,2*	-3,5	-2,2	-5,4
	Q4	81,6	83,8	79,1	-1,5*	-0,9*	-2,5*	-1,8	-1,1	-3,2
	Q3	82,3	84,3	80,3	-0,8*	-0,4*	-1,3*	-1,0	-0,5	-1,6
	Q2	82,7	84,6	80,9	-0,4*	-0,1*	-0,7*	-0,5	-0,1	-0,9
	Q1 (le moins défavorisé) [référence]	83,1	84,7	81,6	Référence					
Indice de défavorisation—matérielle & sociale (mesure de type géographique)	Q5Q5 (le plus défavorisé)	77,8	80,7	74,8	-5,9*	-4,3*	-7,7*	-7,6	-5,3	-10,3
	Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	83,7	85,0	82,5	Référence					

NOTE

L'échelle de couleurs a pour but d'illustrer (pour tous les indicateurs et les stratificateurs) 1- les inégalités relatives et absolues, 2- les tendances des inégalités (par exemple, les populations autochtones sont fréquemment confrontées à des inégalités en comparaison avec les non-Autochtones), 3- les gradients des inégalités (par exemple, il y a souvent des gradients d'inégalités entre les strates de revenu). L'importance et la répartition des inégalités présentées dans ce tableau doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte d'un indicateur à la fois, des différences entre les sources de données utilisées (par exemple, entre une enquête versus un registre administratif) et des limites existantes. L'échelle de couleurs pour les ratios de taux (RT) inférieurs à 1 et des différences de taux (DT) inférieures à 0 a été appliquée en utilisant respectivement la valeur réciproque et la valeur absolue. Par exemple, pour un RT de 0,5, l'échelle de couleur appliquée est pour la valeur de 2,0 (1 /0,5) et pour une DT de -10, l'échelle de couleur pour la valeur de 10 est utilisée. L'échelle de couleurs est uniquement appliquée lorsque la différence entre la valeur et le groupe de référence est statistiquement significative.

LÉGENDE



Annexe 2. Inegalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 18 ans. Sources des données : ESCC-Composante annuelle (2000/01-2007/08) couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (2000-2011)

Stratificateurs sociaux		MESURES SOMMAIRES								
		Estimation			Difference d'estimation (DE)			Différence d'estimation (DE%)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Global	Les deux sexes	56,8	58,4	55,1	NA					
Groupes de population										
Sexe/genre	Femmes	58,4	NA		NA	3,3*	NA	NA	5,7	NA
	Hommes [reference]	55,1			Reference					
Origine culturelle/raciale	Non	F	F	F	F	F	F	F	F	F
	Asiatique de l'Est/Sud-Est	67,2	F	56,4	10,2*	F	3,3*	15,2	F	5,6
	Arabe/Asiatique du Sud/de l'Ouest	F	F	F	F	F	F	F	F	F
	Autres origines/origines multiples	F	F	F	F	F	F	F	F	F
	Blanc [reference]	56,9	58,7	55,1	Reference					
Santé fonctionnelle	Incapacité grave	26,2	27,4	24,9	-41,9*	42,6*	-41,9*	-159,8	-155,6	-168,1
	Incapacité modérée	53,5	56,6	50,4	-14,6*	13,3*	-16,5*	-27,3	-23,5	-32,7
	Incapacité légère	65,6	68,6	62,3	-2,6*	1,3*	-4,6*	-3,9	-1,9	-7,3
	Absence d'incapacité [reference]	68,1	69,9	66,8	Référence					
Statut d'immigrant	Immigrant	59,4	60,4	58,3	3,4*	2,6*	4,2*	5,6	4,3	7,2
	Non-immigrant [reference]	56,0	57,8	54,1	Référence					
Résidence en milieu rural/urbain	Régions éloignées	55,4	57,8	53,1	-1,8*	-1,0*	-2,3*	-3,3	-1,7	-4,4
	Régions rurales	55,4	57,1	53,6	-1,8*	-1,7*	-1,8*	-3,2	-3,0	-3,3
	Petits centres urbains	57,7	59,1	56,3	0,5	0,3	0,9*	0,9	0,5	1,6
	Toronto, Montréal et Vancouver	58,9	60,0	57,5	1,7*	1,2*	2,1*	2,9	2,0	3,7
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) [référence]	57,2	58,8	55,4	Référence					
Déterminants socioéconomiques de la santé										
Quintile de revenu (ménage)	Q1 (revenu le plus bas)	50,2	52,1	47,7	-11,3*	-10,8*	-12,9*	-22,4	-20,7	-27,1
	Q2	55,2	57,8	52,8	-6,2*	-5,1*	-7,9*	-11,2	-8,8	-15,0
	Q3	58,2	59,9	56,7	-3,3*	-2,9*	-3,9*	-5,6	-4,9	-6,9
	Q4	58,8	59,5	58,1	-2,6*	-3,3*	-2,6*	-4,5	-5,6	-4,5
	Q5 (revenu le plus élevé) [reference]	61,4	62,9	60,7	Référence					
Niveau de scolarité (âgés 18 ans et plus)	Sans diplôme d'études secondaires	51,1	53,1	49,1	-11,3*	-11,3*	-12,3*	-22,1	-21,3	-25,1
	Diplôme de l'école secondaire	57,3	58,3	56,0	-5,1*	-6,1*	-5,4*	-8,9	-10,5	-9,7
	Études postsecondaires partielles	55,6	56,9	54,1	-6,9*	-7,4*	-7,4*	-12,3	-13,1	-13,7
	Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	57,9	60,1	55,6	-4,6*	-4,3*	-5,9*	-7,9	-7,1	-10,6
	Diplôme universitaire [reference]	62,4	64,4	61,5	Référence					
Situation d'emploi (âgés 18-75 ans)	Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	55,8	58,6	53,5	-3,4*	-2,3*	-4,1*	-6,1	-4,0	-7,6
	Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	54,4	56,9	49,6	-4,8*	-4,1*	-7,9*	-8,8	-7,2	-15,9
	Incapacité permanente de travailler	25,3	26,6	24,2	-34,0*	-34,4*	-33,4*	-134,3	-129,6	-137,8
	Avait un emploi la semaine précédente [reference]	59,2	61,0	57,6	Référence					

NOTE

L'échelle de couleurs a pour but d'illustrer (pour tous les indicateurs et les stratificateurs) 1- les inégalités relatives et absolues, 2- les tendances des inégalités (par exemple, les populations autochtones sont fréquemment confrontées à des inégalités en comparaison avec les non-Autochtones), 3- les gradients des inégalités (par exemple, il y a souvent des gradients d'inégalités entre les strates de revenu). L'importance et la répartition des inégalités présentées dans ce tableau doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte d'un indicateur à la fois, des différences entre les sources de données utilisées (par exemple, entre une enquête versus un registre administratif) et des limites existantes. L'échelle de couleurs pour les ratios de taux (RT) inférieurs à 1 et des différences de taux (DT) inférieures à 0 a été appliquée en utilisant respectivement la valeur réciproque et la valeur absolue. Par exemple, pour un RT de 0,5, l'échelle de couleur appliquée est pour la valeur de 2,0 (1 /0,5) et pour une DT de -10, l'échelle de couleur pour la valeur de 10 est utilisée. L'échelle de couleurs est uniquement appliquée lorsque la différence entre la valeur et le groupe de référence est statistiquement significative.

LÉGENDE

DE

- > 6,6
- 4,3 → 6,6
- 3,2 → 4,3
- 2,2 → 3,2
- 1,7 → 2,2
- 0,0 → 1,7

inégalité plus grande

inégalité plus petite

Non applicable	NA
Non fiable	F
A interpréter avec prudence	‡
Statistiquement significatif	*
Référence	

Références

(1) OCDE. Panaroma de la santé 2017. Organisation de coopération et de développement économiques; 2017 [page consultée le 20 novembre 2017].

(2) Wolfson MC. Espérance de vie ajustée sur la santé. Rapports sur la santé. 1996;8(1):43.

(3) Comité directeur sur l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé. L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada : Rapport de 2012 présenté par l'Agence de la santé publique du Canada 2012.

(4) Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYs and QALYs and DALYs, Oh my: Similarities and differences in summary measures of population health. Annual Review of Public Health. 2002;23:115.

(5) Chetty R, Stepner M, Abraham S *et al.* The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. JAMA. 2016 04/26;315(16):1750-66.

(6) van Baal P,H.M., Hoogenveen RT, de Wit AG, Boshuizen HC. Estimating health-adjusted life expectancy conditional on risk factors: results for smoking and obesity. Population Health Metrics. 2006 11/03;4(1):14.

(7) Luy M, Minagawa Y. Ecarts hommes-femmes : espérance de vie et proportion de la vie vécue en mauvaise santé. Rapports sur la santé. 2014;25(12):12,14-22.

(8) Pampalon R, Hamel D, Gamache P.Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada. Rapports sur la santé. 2009;20(4):85,95-105.

(9) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. May 2009; 106(19):335-9.

(10) Chen J. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé. 1996;7(4):37.

(11) Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Life expectancy at birth (years), 2000-2015: Both sexes: 2015 [mise à jour en 2016; page consultée le 20 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html.

(12) Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Healthy life expectancy at birth (years), 2000-2015: Both sexes: 2015 [mise à jour en 2016; page consultée le 20 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/hale_1/atlas.html.

(13) Wood R, Sutton M, Clark D, McKeon A, Bain M. Measuring inequalities in health: the case for healthy life expectancy. J Epidemiol Community Health. 2006;60:1089.

(14) Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT *et al.* Differences In Life Expectancy Due To Race And Educational Differences Are Widening, And Many May Not Catch Up. Health Affairs. 2012;31(8):1803.

(15) Wilkins R, Adams O, Brancker A. Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. Health Rep. 1989;1(2):137-74.

(16) Statistique Canada DD. Projections des populations autochtones, Canada 2001-2017. 2005 [page consultée le 20 novembre 2017].

(17) Programme des Nations Unies pour le Développement [Internet]. Human Development Reports: Life expectancy at birth (years) [mise à jour le 14 juin 2013; page consultée le 20 novembre 2017]; [environ 14 écrans]. Accessible à l'adresse : http://hdr.undp.org/en/69206.

(18) Berthelot J, Wilkins R et Ng E. Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, 1971-1996 [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - rapport annuel 2002]. Statistique Canada; 2002 [page consultée le 20 novembre 2017].

INÉGALITÉS RELATIVES À LA MORTALITÉ INFANTILE AU CANADA

POINTS SAILLANTS

- Les Canadiens qui vivent dans des régions où la concentration d'Autochtones est élevée présentent des taux de mortalité infantile largement supérieurs aux taux enregistrés dans les régions où la concentration d'Autochtones est faible. Le taux de mortalité est 3,9 fois supérieur dans les régions où la concentration d'Inuits est élevée, 2,3 fois supérieur dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations est élevée, et 1,9 fois supérieur dans les régions où la concentration de Métis est élevée. Cette différence se traduit par 10,0 décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes dans les régions où la concentration d'Inuits est élevée, 4,6 décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations est élevée, et 3,2 décès de nourrissons de plus dans les régions où la concentration de Métis est élevée.
- Le taux de mortalité infantile dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible est 1,6 fois plus élevé que dans les régions où le niveau de scolarité est le plus élevé. Le taux de mortalité dans les régions où le niveau de revenu est le plus faible est 1,5 fois plus élevé que dans les régions où le niveau de revenu est le plus élevé. Cela représente 1,7 décès de nourrisson de plus pour 1 000 naissances vivantes dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible par rapport aux régions dans lesquelles le niveau de scolarité est le plus élevé, et 1,5 décès de nourrisson de plus pour 1 000 naissantes vivantes dans les régions où le niveau de revenu est le plus faible par rapport à celles dans lesquelles le niveau de revenu est le plus élevé. Le taux de mortalité croît à mesure que le niveau de scolarité diminue.
- Les taux de mortalité infantile sont 1,6 fois plus élevés chez les Canadiens qui vivent dans les régions les plus défavorisées que chez les Canadiens qui vivent dans les régions les moins défavorisées. Cela équivaut à 1.9 décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes.Des facteurs socioéconomiques tels que des faibles niveaux de revenu et de scolarité sont associés à des taux élevés de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles. Les Canadiens qui vivent dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel présentent des taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles 1,6 fois plus élevés que les Canadiens vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel. Cela signifie qu'il y a 14,4 décès de plus attribuables à des blessures non intentionnelles pour 100 000 personnes dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel.
- Les collectivités éloignées affichent un taux de mortalité infantile 1,5 fois supérieur à celui des grandes villes canadiennes autres que Montréal et Vancouver. Cela représente 1,9 décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes.

ACRONYME	NOM COMPLET
IC	Intervalles de confiance
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

La mortalité infantile est un indicateur largement admis du développement économique et social. On le considère par conséquent comme une pierre angulaire de la santé de la population dans divers contextes (1,2). La mortalité infantile désigne la mort de bébés au cours de leur première année de vie. Ce taux est généralement exprimé en fonction de mille naissances vivantes. En 2011, 1 810 nourrissons sont décédés au Canada (4,8 décès pour 1 000 naissances) (3). D'après des données de 2005 à 2009, les principales causes de décès de nourrissons au Canada étaient l'immaturité (29,4 %), les anomalies congénitales (22,0 %), l'asphyxie (10,4 %), les infections (6,5 %) et le syndrome de mort subite du nourrisson (6,4 %) (4).

Le fardeau socioéconomique que représente la mortalité infantile au Canada est difficile à estimer. La perte d'un nourrisson peut avoir des répercussions psychologiques considérables sur les parents et les personnes soignantes; elle a été associée à des troubles de stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et des troubles du sommeil (5). Selon l'estimation obtenue dans le cadre de travaux de recherche préliminaire, les coûts moyens d'hospitalisation pour les 1 600 nourrissons (donnée estimative) qui sont décédés dans un cadre de soins actifs en milieu hospitalier en 2011 s'élevaient à 20 800 $ par séjour à l'hôpital (3).

Au Canada, la mortalité infantile est fortement liée au statut socioéconomique (3,4). Malgré que les taux de mortalité infantile au Canada sont passés de 5,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2001 à 4,8 pour 1 000 naissances vivantes en 2011, les inégalités de taux entre les catégories de revenu persistent (3). Au cours de cette décennie, le taux de mortalité infantile associé au niveau de revenu le plus bas représentait près de 1,5 fois le taux associé au niveau de revenu le plus élevé. Cela se traduit par environ 2 décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes au niveau de revenu le plus faible par rapport au nombre de décès au niveau de revenu le plus élevé (3). La mortalité infantile touche aussi de manière disproportionnée certaines populations au Canada. Des disparités flagrantes ont été constatées entre les Autochtones et les autres Canadiens pour ce qui touche le taux de mortalité infantile et les causes sous-jacentes (6–10).

La mortalité infantile a été retenue comme l'un des indicateurs des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données concernant la mortalité infantile sont tirées de la Base canadienne de données sur la mortalité (2008–2011) tenue à jour par Statistique Canada, qui repose sur les renseignements contenus dans les certificats de décès provinciaux et territoriaux. Les données portant sur l'Ontario ont été exclues en raison de problèmes liés à leur qualité (4). Dans la présente analyse, les données portant sur la mortalité infantile et les naissances vivantes se limitent aux enfants ayant

un poids à la naissance d'au moins 500 grammes. Les sources de données administratives n'offrent pas beaucoup de précisions d'ordre démographique et socioéconomique à l'échelle individuelle. Les mesures des inégalités de type géographique en fonction de stratificateurs sociaux ont été calculées à l'échelle des aires de diffusion en utilisant les données du Recensement de la population de 2006. Par conséquent, ces résultats s'appliquent à l'échelle des aires de diffusion et non à celle des personnes. (Pour en savoir plus sur les mesures de type géographique, consultez la section Méthodologie).

Les inégalités relatives aux taux de mortalité infantile ont été évaluées en mesurant les différences selon le sexe ou le genre et en fonction des stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques de type géographique qui suivent. Les stratificateurs sociodémographiques sont notamment le statut d'immigrant, l'identité autochtone[14], et le lieu de résidence urbain ou rural. Les stratificateurs socioéconomiques comprennent le revenu, le niveau de scolarité, et la défavorisation sociale et matérielle.

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (11). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des mesures de type géographique, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de taux, différence de taux, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Sauf en ce qui concerne le statut d'immigrant, d'importantes inégalités relatives au taux de mortalité infantile ont été relevées pour tous les stratificateurs sociaux entre 2008 et 2011. Les inégalités les plus marquées ont été observées dans les régions où la concentration d'Autochtones était élevée. Les régions où la concentration d'Inuits était la plus élevée affichaient le taux de mortalité infantile le plus important. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

14. On considère que la concentration d'Autochtones est élevée dans une région lorsqu'au moins 33 % des résidents se déclarent Autochtones (membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, Inuits ou Métis). Une région est réputée avoir une faible concentration de résidents autochtones lorsque moins de 33 % de sa population s'identifie comme Autochtone.

Sexe ou genre

Le taux de mortalité des nourrissons de sexe masculin représentait 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) fois celui des nourrissons de sexe féminin, soit 4,0 décès (IC à 95 % : 3,8–4,2) pour 1 000 naissances vivantes chez les premiers par rapport à 3,4 décès (IC à 95 % : 3,2–3,6) pour 1 000 naissances vivantes chez les seconds. Si le taux de mortalité infantile avait été le même pour les garçons et pour les filles, il y aurait potentiellement 76 décès de nourrissons (IC à 95 % : 36–121) de moins par année au Canada (figure 1).

Peuples autochtones

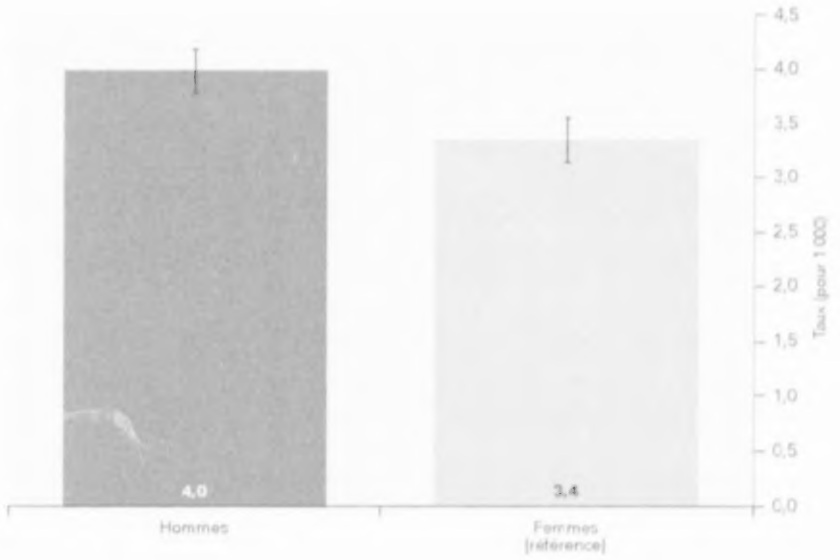
Les régions où la concentration d'Inuits, de membres des Premières Nations et de Métis était élevée présentaient un taux de mortalité infantile représentant respectivement 3,9 (IC à 95 % : 3,0–5,1), 2,3 (IC à 95 % : 2,0–2,7) et 1,9 (IC à 95 % : 1,3–2,6) fois celui des régions où la concentration de personnes se déclarant Autochtones était faible. Cela équivalait à plus de 10,0 décès pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 6,6–13,4) dans les régions où la concentration d'Inuits est élevée, 4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 3,5–5,7) dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations est élevée, et 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 0,8–5,6) dans les régions où la concentration de Métis était élevée (figure 2).

Si les régions dans lesquelles la population inuite est prédominante affichaient le même taux de mortalité infantile que celui des régions à faible concentration d'Autochtones, le taux de mortalité infantile y serait réduit de 74,4 % (IC à 95 % : 66,6–80,4 %). La réduction serait de 57,4 % (IC à 95 % : 54,4–64,1 %) pour les régions à forte concentration de membres des Premières Nations, et de 48,0 % (IC à 95 % : 25,6–63,7 %) pour les régions à forte concentration de Métis. Cela équivaudrait à 14 (IC à 95 % : 8–20) décès de nourrissons de moins par année au Canada dans les régions à forte concentration d'Inuits; à 40 (IC à 95 % : 28–53) décès de moins dans les régions à forte concentration de membres des Premières Nations, et à 5 (IC à 95 % : 1–9) décès de moins dans les régions à forte concentration de Métis.

Si le taux de mortalité infantile dans les régions comportant une concentration élevée d'Autochtones était le même que celui des régions comportant une faible concentration d'Autochtones, on enregistrerait chaque année 14 décès de nourrissons de moins dans les régions où la concentration d'Inuits est élevée, 40 décès de nourrissons de moins dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations est élevée, et 5 décès de nourrissons de moins dans les régions où la concentration de Métis est élevée.

FIGURE 1

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes ou plus) selon le sexe ou le genre, Canada (à l'exception de l'Ontario[a]), 2008–2011

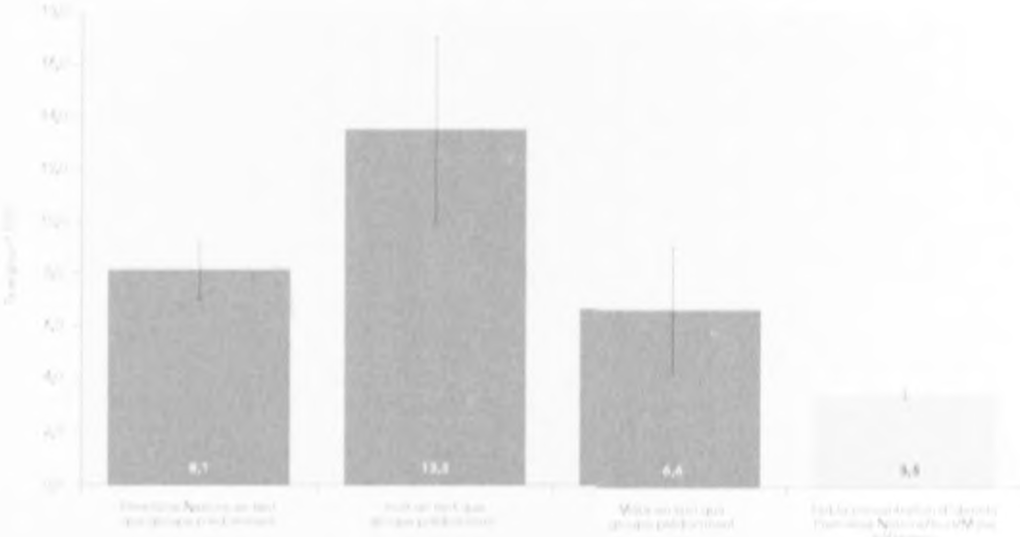


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 1 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 1 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Hommes	1,2*	0,6*	15,8*	8,7*	0,3*	76*
Femmes (Référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
[a] Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de de données sur les naissances (BCDN) 2008–2011 couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2008–2010

FIGURE 2

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes ou plus) selon l'identité autochtone, Canada (à l'exception de l'Ontario*), 2008–2011



	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 1 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 1 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations en tant que groupe prédominant	2,3*	4,6*	57,4*	4,6*	0,2*	40*
Inuit en tant que groupe prédominant	3,9*	10,0*	74,4*	1,6*	0,1*	14*
Métis en tant que groupe prédominant	1,9*	3,2*	48,0*	0,6*	0,0*	5*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* Significativement différent de la catégorie de référence
* Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.
Mesures de type géographique de l'identité autochtone tirées du Recensement de la population de 2006
Groupe prédominant : > 33% des résidents de l'aire de diffusion déclarent une identité autochtone avec une majorité appartenant au groupe indiqué
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur les naissances (BCDN) 2008–2011 couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2008–2010

Revenu

Dans les régions où les revenus étaient les plus faibles, le taux de mortalité infantile représentait 1,5 (IC à 95 % : 1,3–1,7) fois le taux de mortalité dans les régions ou les revenus étaient les plus élevés. Le taux de mortalité infantile associé au quintile de revenu le plus faible était largement supérieur à celui du deuxième quintile de revenu le plus faible, mais aucune différence significative n'a été observée entre les autres quintiles. Cette différence se traduisait par 1,5 (IC à 95 % : 1,0–2,0) décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes dans les régions où les revenus étaient les plus faibles par rapport aux régions où les revenus étaient les plus élevés (figure 3).

Si les personnes vivant dans les régions où les revenus étaient les plus faibles connaissaient le même taux de mortalité infantile que les personnes vivant dans les régions ou les revenus étaient les plus élevés, on observerait une baisse de 31,6 % (IC à 95 % : 22,6–39,6 %) du taux de mortalité infantile chez les personnes qui vivent dans les régions où le revenu était le plus faible. Cela représenterait une baisse globale de 8,8 % (IC à 95 % : 6,1–11,6 %) et correspondrait à 76 (IC à 95 % : 47–108) décès de nourrissons de moins par année au Canada.

Niveau de scolarité

On a observé un gradient par paliers des inégalités relatives à la mortalité infantile, cette dernière diminuant à mesure que le niveau de scolarité augmentait. La mortalité infantile dans les régions où le niveau de scolarité était le plus faible représentait 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,8) fois celle des régions où le niveau de scolarité était le plus élevé (figure 4).

Si le taux de mortalité infantile était le même chez les Canadiens qui vivent dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible et chez ceux qui vivent dans les régions ou le niveau de scolarité est le plus élevé, on assisterait à une baisse de 37,6 % (IC à 95 % : 29,1–45,0) du taux de mortalité infantile dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible, et à une baisse de 11,8 % (IC à 95 % : 8,9–14,8) du taux global. Cette différence se traduirait par 103 (IC à 95 % : 70–138) décès de nourrissons de moins par année au Canada.

Défavorisation matérielle et sociale

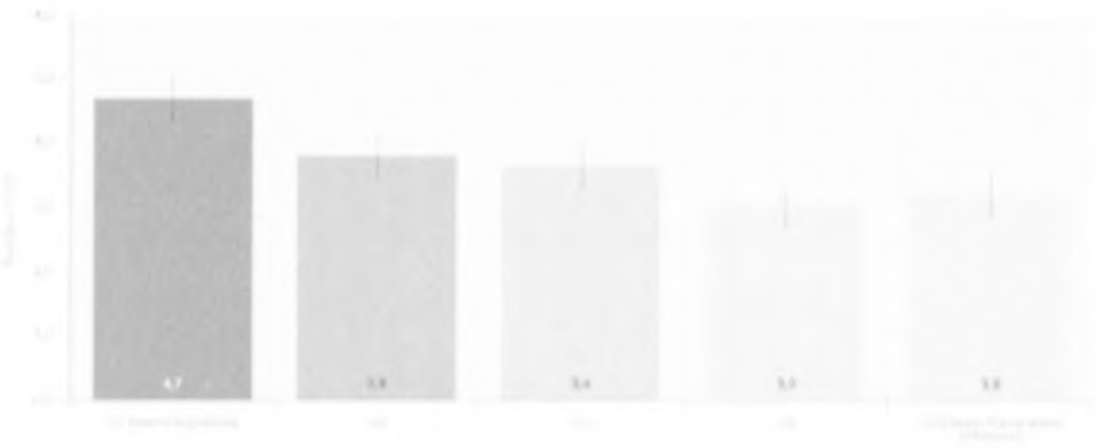
Le taux de mortalité infantile dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel[15] représentait 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,9) fois le taux de mortalité dans les régions les moins défavorisées. Le taux de mortalité infantile pour le quintile le plus défavorisé sur le plan matériel, soit 5,0 (IC à 9 5 % : 4,6–5,3) pour 1 000, était significativement plus élevé que les taux pour les deux quintiles suivants les plus défavorisés sur le plan matériel (3,4–3,6 décès pour 1 000). Cependant, les taux pour ces deux quintiles n'étaient pas significativement différents des taux pour les deux quintiles les moins défavorisés sur le plan matériel. Comparativement aux régions les moins défavorisées sur le plan matériel, il y avait 1,9 (IC à 95 % : 1,5–2,4) décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel (figure 5).

Si les Canadiens vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel connaissaient le même taux de mortalité infantile que les Canadiens vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel, on assisterait à une baisse de 39,0 % (IC à 95 % : 31,1–46,1 %) des taux de mortalité infantile chez les personnes vivant dans les régions le plus défavorisées sur le plan matériel. Cette différence se traduirait par 96 (IC à 95 % : 67–127) décès de nourrissons de moins par année.

15. Pour obtenir une définition de l'indice de défavorisation, consultez le chapitre Méthodologie.

FIGURE 3

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes ou plus) selon le quintile de revenu, Canada (à l'exception de l'Ontario[a]), 2008–2011

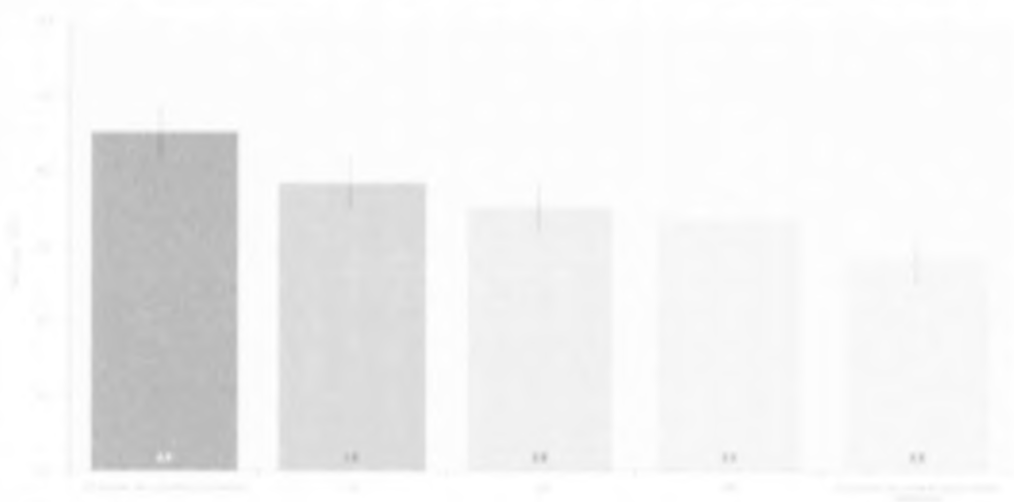


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 1 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FAS)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP)%	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 1 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus bas)	1,5*	1,5*	31,6*	8,8*	0,3*	76*
Q2	1,2*	0,6*	15,1*	3,1*	0,1*	27*
Q3	1,1	0,4	11,6	2,3	0,1	20
Q4	0,9	−0,2	NA	NA	NA	NA
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
[a] Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.
Mesures de type géographique des quintiles de revenu tirées du Recensement de la population de 2006.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur les naissances (BCDN) 2008-2011 couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2008-2010.

FIGURE 4

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes ou plus) selon le quintile de niveau de scolarité, Canada (à l'exception de l'Ontario*), 2008–2011



	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 1 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 1 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,6*	1,7*	37,6*	11,8*	0,4*	103*
Q2	1,4*	1,0*	26,4*	5,7*	0,2*	49*
Q3	1,2*	0,7*	19,9*	3,4*	0,1*	32*
Q4	1,2*	0,5*	15,9*	2,5*	0,1*	22*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile

* : Significativement différent de la catégorie de référence.

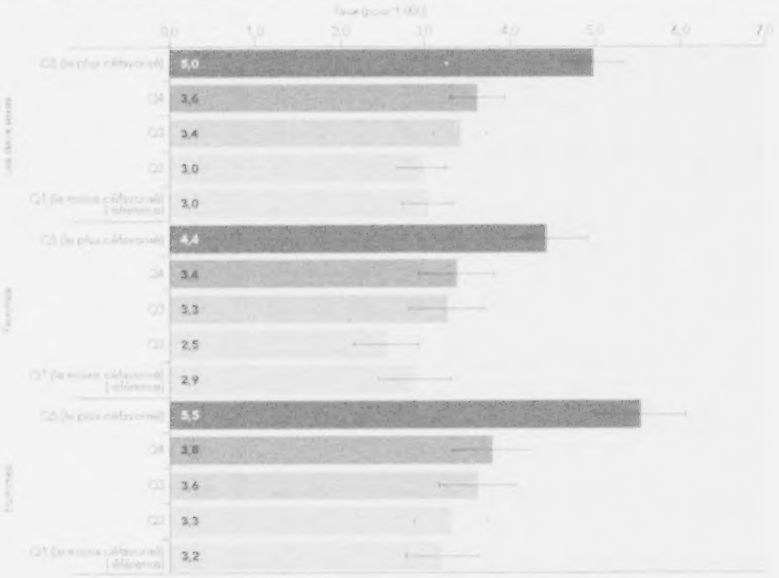
ᵃ Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.

Mesures de type géographique : des quintiles du niveau de scolarité tirées du Recensement de la population de 2006.

Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur les naissances (BCDN) 2008–2011 couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2008–2010.

FIGURE 5

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes ou plus) selon l'indice de défavorisation matérielle et le sexe ou le genre, Canada (à l'exception de l'Ontario[a]), 2008–2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 1 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 1 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q5 (le plus défavorisé)	1,6*	1,9*	39,0*	11,6*	0,4*	96*
Q4	1,2*	0,6*	16,3*	3,2*	0,1*	26*
Q3	1,1	0,4	11,1	2,1	0,1	17
Q2	1,0	−0,1	NA	NA	NA	NA
Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
SEXE FÉMININ						
Q5 (le plus défavorisé)	1,5*	1,5*	34,7*	10,0*	0,3*	37*
Q4	1,2	0,5	14,3	2,8	0,1	10
Q3	1,1	0,4	11,9	2,3	0,1	9
Q2	0,9	−0,3	NA	NA	NA	NA
Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
SEXE MASCULIN						
Q5 (le plus défavorisé)	1,7*	2,3*	42,3*	12,9*	0,5*	59*
Q4	1,2	0,6	16,1	3,0	0,1	14
Q3	1,1	0,4	12,2	2,2	0,1	10
Q2	1,0	0,1	3,9	0,7	0,0	3
Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
[a] Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.
Mesures de type géographique d'indice de défavorisation tirées du Recensement de la population de 2006
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur les naissances (BCDN) 2008–2011 couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2008–2010

Les données indiquent également que l'écart entre le taux de mortalité infantile associé au quintile le moins défavorisé sur le plan matériel et celui des autres quintiles était particulièrement marqué chez les nourrissons de sexe masculin.

Chez les Canadiens vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social, le taux de mortalité infantile représentait 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,4) fois celui des Canadiens vivant dans les régions les moins défavorisées. Chez les deux sexes, des différences significatives n'ont été observées qu'entre les taux de mortalité infantile chez les Canadiens vivant dans les régions les plus favorisées sur le plan social et ceux des Canadiens vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social (annexe 1).

Résidence en milieu urbain ou rural

Le taux de mortalité infantile dans les collectivités éloignées s'élevait à 5,4 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes[16]. Ce taux représentait 1,5 (IC à 95 % : 1,4–1,7) fois celui des grandes villes canadiennes autres que Montréal et Vancouver (3,5 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes). Montréal et Vancouver présentaient le taux de mortalité infantile le plus faible, soit 3,1 décès (IC à 95 % : 2,8–3,3) pour 1 000 naissances vivantes (figure 6).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

La plupart des registres des statistiques de l'état civil au Canada ne comportent pas de données socioéconomiques ou sociodémographiques autres que l'âge et le sexe. Les mesures de type géographique des inégalités en fonction des stratificateurs sociaux ont donc été calculées à l'échelle des aires de diffusion en utilisant des données du Recensement de la population de 2006.

Cela supposait l'homogénéité des groupes socioéconomiques et sociodémographiques dans une même aire de diffusion, et cette limite pourrait entraîner un biais d'erreur de classification et une sous-estimation des inégalités relatives à la mortalité infantile. Bien que le sens des disparités soit le même dans les études utilisant des mesures de type géographique et dans les études utilisant des mesures à l'échelle individuelle, ces disparités sont généralement plus importantes à l'échelle individuelle (12).

Les mesures de type géographique peuvent également diminuer les estimations pour les régions rurales, parce que les codes postaux sont moins précis pour la définition des aires de diffusion. Par ailleurs, les registres des statistiques de l'état civil sont plus susceptibles d'être influencés par les variations régionales qui touchent l'enregistrement des naissances, surtout dans le cas des nourrissons extrêmement petits. Afin de tenir compte de cette limite, nous avons limité notre analyse aux nourrissons dont le poids de naissance était supérieur à 500 grammes (13).

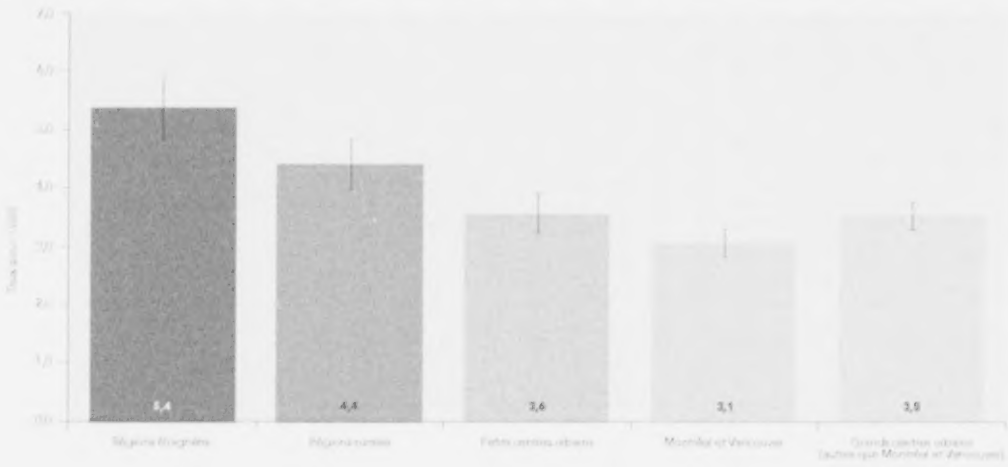
Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (11), le calcul des valeurs p confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Les mesures employées dans le présent rapport quantifient les inégalités qui touchent des groupes sociaux définis de manière large et que l'on suppose distincts. Les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici.

16. Pour obtenir une définition des sous-groupes de la résidence en milieu urbain ou rural, consultez le chapitre Méthodologie.

FIGURE 6

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes ou plus) selon la résidence en milieu rural ou urbain, Canada (à l'exception de l'Ontario[a]), 2008–2011



	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 1 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 1 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Régions éloignées	1,5*	1,9*	34,5*	5,0*	0,2*	44*
Régions rurales	1,2*	0,9*	20,0*	3,0*	0,1*	26*
Petits centres urbains	1,0	0,0	1,1	0,2	0,0	1
Montréal et Vancouver	0,9*	−0,5*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Montréal et Vancouver)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
[a] Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de de données sur les naissances (BCDN) 2008–2011 couplée à la Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) 2008–2010

Le fardeau disproportionné de la mortalité infantile subi par certains groupes dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels liés à la santé qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris. Le fait que la présente analyse n'aborde pas les taux de mortalité dans les périodes néonatales et postnatales, au cours desquelles les inégalités socioéconomiques sont plus prononcées (14), constitue une autre limite importante. Enfin, les décès de nourrissons provoqués par des causes particulières au cours de la première année de vie (p. ex., le syndrome de mort subite du nourrisson et les infections) sont plus fréquents dans les groupes au statut socioéconomique peu élevé que dans les groupes au statut socioéconomique élevé (15,16). Comme la cause du décès n'a pas été utilisée comme stratificateur dans cette analyse, la répartition des facteurs de risque pour ces causes initiales de décès de nourrissons ne peut être examinée.

DISCUSSION

La mortalité infantile a souvent été utilisée comme indicateur des progrès économiques et sociaux d'un pays, parce qu'elle révèle des inégalités dans toute une gamme de stratificateurs sociaux. Nos constats, qui concordent avec les données de nombreux pays du monde, mettent en évidence une différence entre les sexes en ce qui concerne les taux de mortalité infantile, qui sont 1,2 fois plus élevés chez les nourrissons de sexe masculin que chez les nourrissons de sexe féminin (17).

Si l'on tient compte du niveau de développement socioéconomique du Canada, le taux de mortalité infantile y est relativement élevé. En effet, le Canada se classait au 30e rang parmi les 36 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2012–2014, c'est-à-dire après la plupart des pays européens, l'Australie, Israël, le Japon, la République de Corée du Sud et la Nouvelle-Zélande. S'établissant au cours de cette période à 4,9 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile au Canada représentait plus de deux fois celui des cinq pays de l'OCDE enregistrant les taux de mortalité les plus faibles (2). Cependant, les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, en raison des différences qui existent sur le plan des pratiques d'enregistrement des naissances et de la prise en compte des naissances à l'extrémité inférieure de l'échelle des poids de naissance et des âges gestationnels (13,18,19). Lorsque l'on exclut, comme le recommande l'Organisation mondiale de la Santé, les poids de naissance inférieurs à 1 000 grammes (20), les résultats relatifs du Canada sont similaires à ceux des autres pays de l'OCDE (13). Néanmoins, certains éléments indiquent que les taux de mortalité infantile post-néonatale (entre 28 jours et un an après la naissance), plus directement liés aux facteurs socioéconomiques et environnementaux, sont supérieurs au Canada par rapport à d'autres pays développés (14).

Au Canada, les taux de mortalité infantile sont particulièrement élevés au sein de la population autochtone. La colonisation a depuis longtemps été reconnue comme étant un important déterminant de la santé. Au Canada, de nombreux Autochtones et leurs familles ont souffert de la perte du lien avec leurs terres, leur culture et leur mode de vie traditionnel en raison des pratiques coloniales telles que les déplacements forcés, le système des réserves indiennes, et le système des pensionnats indiens. En outre, les aspects de la colonisation liés au genre doivent être pris en considération dans le contexte de la mortalité infantile et de la santé des femmes en général. Au Canada, il s'agit notamment des antécédents de stérilisation forcée des femmes autochtones, des soins prodigués aux femmes autochtones enceintes des collectivités rurales et éloignées à l'extérieur de leur territoire, et des taux plus élevés des violences subies par les femmes autochtones par rapport aux femmes non autochtones (21).

Le taux de mortalité infantile, chez les membres des Premières Nations et les Inuits, représente entre 1,7 et 5 fois le taux relevé chez les Canadiens non autochtones. Ces inégalités sont particulièrement prononcées dans la période post-néonatale (6–8,22). Des disparités similaires sur le plan de la mortalité infantile

ont été constatées en Australie, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande (9). En Australie, les écarts entre les Autochtones et les non-Autochtones ont diminué entre 1998 et 2006, passant d'un ratio de taux de 3,0 à un ratio de taux de 2,8. (En 2006, le taux de mortalité des nourrissons autochtones était de 11,6 décès pour 1 000 naissances vivantes par rapport à un taux de 5,1 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes chez les nourrissons non autochtones.) En Nouvelle-Zélande, le taux de mortalité périnatal était plus élevé chez les Maoris que chez les Néo-Zélandais d'ascendance européenne (9).

Aux États-Unis, où les disparités raciales entre les nourrissons blancs et les nourrissons noirs sont reconnues depuis longtemps, de nouvelles recherches révèlent que les taux de mortalité infantile sont plus élevés chez les Autochtones américains d'origine hawaïenne (9,0 décès pour 1 000 naissances vivantes) et les Amérindiens des États-Unis/Autochtones de l'Alaska (8,3 décès pour 1 000 naissances vivantes) que chez les Américains blancs (5,7 décès pour 1 000 naissances vivantes) (23).

Dans l'ensemble de ces pays, comme au Canada, les disparités entre le taux de mortalité infantile des nourrissons autochtones et celui des nourrissons non autochtones sont les plus marquées au cours de la période post-néonatale. Les taux liés aux facteurs de risque principaux que sont la naissance prématurée et le faible poids à la naissance sont considérablement plus élevés chez les peuples autochtones que chez les non-Autochtones (8,9,22).

Les inégalités les plus importantes en matière de mortalité infantile ont été observées en fonction de l'identité autochtone. Les régions à concentration élevée de peuples autochtones, en particulier d'Inuits, affichaient des taux de mortalité infantile supérieurs à ceux des régions à faible concentration de peuples autochtones. De nombreuses raisons peuvent expliquer cette inégalité. Les Canadiens autochtones sont confrontés de manière disproportionnée à des facteurs de risque qui ont une incidence sur la mortalité infantile, tels que des taux élevés de tabagisme chez les femmes, des taux élevés de naissances prématurées, de pauvreté, d'insécurité alimentaire, de logement inadéquat et de chômage, et un accès inadéquat aux soins de santé qui s'accompagne d'une probabilité supérieure de s'éloigner de son domicile pour obtenir des soins de maternité (7,9,22). Les causes initiales des décès de nourrissons, telles que le syndrome de mort subite du nourrisson, les infections des voies respiratoires et les anomalies congénitales, sont également plus fréquentes chez les nourrissons autochtones que chez les autres nourrissons (8,16).

Les taux de mortalité infantile sont systématiquement plus élevés chez les peuples autochtones, et en particulier chez les Inuits (6,8). Une vaste étude de cohortes de naissances menée au Québec dans laquelle la langue maternelle de la mère était utilisée comme variable de substitution à l'ethnicité a révélé un risque relatif de mortalité infantile de 5,3 pour les Inuits par rapport au risque pour les Canadiens non autochtones (7). Des études nationales employant des mesures de type géographique ont révélé des risques relatifs légèrement plus faibles (de 3,61 à 3,89) (6,22). La désagrégation par province et territoire a également permis de constater que le Nunavut possédait le taux de mortalité infantile le plus élevé au Canada, avec 14,0 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cela représente près de trois fois la moyenne nationale (4).

Le croisement de l'identité autochtone et des caractéristiques socioéconomiques des quartiers peut également contribuer de façon importante au risque accru de décès de nourrissons chez les Autochtones du Canada. Les résultats d'une vaste étude rétrospective des cohortes de naissances portant sur toutes les naissances vivantes au Manitoba ont indiqué que les nourrissons de cette province qui sont des membres des Premières Nations sont deux fois plus susceptibles de mourir au cours de leur première année de vie que les nourrissons qui ne font pas partie de ce groupe. L'étude a également révélé que les membres des Premières Nations étaient 3,8 fois plus susceptibles de vivre dans des quartiers se situant dans le quintile

inférieur de revenu, 3,0 fois plus susceptibles de vivre dans des quartiers se situant dans le quintile inférieur de scolarité, et 3,4 fois plus susceptibles de vivre dans des quartiers se situant dans le quintile le plus élevé de chômage que les personnes n'appartenant pas à ce groupe (16).

Des facteurs socioéconomiques sont associés aux inégalités relatives aux taux de mortalité infantile au Canada. Le risque relatif de mortalité dans les régions où les niveaux de scolarité et de revenu sont les plus bas est de 50 % à 60 % plus élevé environ que le risque relatif dans les régions présentant les niveaux de scolarité et de revenu les plus élevés. Considérant l'ensemble des niveaux de revenu, le taux de mortalité infantile était le plus élevé chez les Canadiens résidant dans les régions au revenu le plus faible. Cependant, les disparités qui touchent la mortalité infantile en fonction du revenu ont diminué au Canada. La différence en matière de mortalité infantile entre les quintiles de revenu inférieurs et supérieurs a diminué entre 1971 et 1996, passant de 9,8 pour 1 000 à 2,4 pour 1 000. Notre étude a révélé un écart encore plus faible entre les quintiles en 2008–2011, soit 1,5 décès pour 1 000, ce qui semble indiquer une diminution à long terme des disparités en matière de mortalité infantile associées au revenu au Canada (24).

Des tendances similaires ont été observées dans d'autres études canadiennes d'envergure axées sur la population en ce qui concerne les inégalités relatives à la mortalité infantile en fonction du revenu (3,25), notamment un gradient négatif entre le niveau de scolarité et les taux de mortalité infantile. Le niveau de scolarité, et plus particulièrement le niveau de scolarité de la mère, était systématiquement inversement lié à la mortalité infantile, et ce, même après que les facteurs de risque tels que l'âge de la mère, la parité, le sexe du nourrisson, le poids à la naissance et l'âge gestationnel aient été pris en compte (10,15,26).

La défavorisation extrême sur le plan matériel a une incidence importante sur les taux de mortalité infantile. Le taux de mortalité infantile, dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel, était 37 % plus élevé que dans les régions occupant la deuxième place des régions les plus défavorisées sur le plan matériel. Les différences relatives entre les taux des autres groupes de défavorisation étaient beaucoup plus faibles, ce qui semble indiquer l'existence de nombreux facteurs de risque concomitants au sein des collectivités extrêmement défavorisées sur le plan matériel. La défavorisation sur le plan socioéconomique à l'échelle des quartiers peut engendrer des disparités liées à l'accès des femmes aux ressources matérielles et aux services (27). L'examen d'études portant sur le statut socioéconomique des quartiers et les résultats en matière de mortalité infantile en Europe de l'Ouest a également révélé un lien entre la défavorisation des quartiers et l'issue des naissances (27).

Les taux de mortalité infantile étaient plus élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Les inégalités observées entre les régions rurales et urbaines au chapitre de la mortalité infantile peuvent s'expliquer par des différences régionales sur le plan de la scolarité des mères. Autrement dit, les risques de décès sont plus élevés chez les nourrissons qui résident dans les régions rurales et dont les mères ont un faible niveau de scolarité (10). Certaines études ont révélé un risque significativement plus élevé de décès infantiles attribuables à des conditions liées à l'immaturité associé à un faible niveau de scolarité de la mère dans les régions rurales par rapport aux régions urbaines. La raison en demeure floue, mais l'accès à des soins intensifs néonataux de grande qualité pourrait être plus limité pour les mères ayant un faible niveau de scolarité et résidant en milieu rural (10).

Le taux de mortalité infantile s'est amélioré au Canada au cours des dernières décennies, mais ces progrès ne sont pas également répartis. On retrouve des inégalités relatives à la mortalité infantile dans toute une gamme de stratificateurs sociaux. Par exemple, la mortalité infantile est plus importante chez les nourrissons de sexe masculin, dans les régions rurales et dans les quartiers où la concentration d'Autochtones est élevée. On remarque également un gradient socioéconomique général en matière de mortalité infantile, les taux augmentant à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent et que la défavorisation sociale et matérielle augmente. Bien que les facteurs de risque individuels puissent avoir une incidence sur la mortalité infantile, cette dernière est largement influencée par un éventail de facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Des conditions plus générales telles que les caractéristiques du quartier, la scolarité des parents et l'accès à des aliments nutritifs sont directement liées aux déterminants sociaux de la santé (4). Pour s'attaquer à ces inégalités, il faudrait mettre en œuvre une vaste gamme d'interventions ciblant différents facteurs de risque et différentes conditions ayant une incidence sur la santé des nourrissons et celle des futures mères, et ce bien avant la période périnatale. De telles interventions, tout comme les recherches, les politiques et les programmes nécessaires pour traiter les déterminants sociaux de la mortalité infantile, peuvent être éclairées et appuyées par la surveillance continue des inégalités. En outre, la surveillance et la mesure continues peuvent permettre de détecter tout changement touchant la mortalité infantile et ses déterminants sociaux au fil du temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (poids à la naissance de 500 grammes et plus)*. Sources : BCDN et BCDM 2008–2011

Stratificateurs sociaux		Taux brut pour 1 000			Ratio de taux (RT)			Différence de taux (DT) pour 1 000			Fraction attribuable (FA%)			Fraction attribuable dans la population (FAP%)			Taux attribuable dans la population (TAP) pour 1 000			[illegible]		
		MESURES SOMMAIRES												MESURES DE L'IMPACT SUR LA POPULATION								
		Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin	Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin	Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin	Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin	Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin	Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin	Les deux sexes	Sexe féminin	Sexe masculin
Global	Les deux sexes	3,7	3,4	4,0	NA									NA								
Groupes de population																						
Sexe/genre	Sexe masculin	4,0	NA		NA	NA	1,2*	NA	NA	0,6*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Sexe féminin (référence)	3,4			Référence																	
Groupe autochtone prédominant (mesure de type géographique)	Premières Nations en tant que groupe prédominant	8,1	6,7	9,4	2,3*	2,1*	2,5*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Inuit en tant que groupe prédominant	[illegible]	12,4	[illegible]	2,9*	2,9*	4,6*	10,0*	[illegible]	13,2*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Métis en tant que groupe prédominant	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,9*	2,1*	2,3*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis (référence)	2,8	3,3	2,7	Référence																	
Statut d'immigrant (mesure de type géographique)	Proportion faible de personnes nées à l'étranger	3,7	3,4	4,0	1,1	1,2	1,1	0,4	0,7	0,4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	3,5	3,3	3,7	1,1	1,2	1,4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Proportion élevée de personnes nées à l'étranger (référence)	3,2	2,7	3,5	Référence																	
Résidence en milieu rural/urbain	Régions éloignées	5,4	5,1	5,7	[illegible]	[illegible]	1,4*	1,9*	1,6*	1,8*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Régions rurales	4,4	4,1	4,8	1,2*	1,3*	1,2*	0,9*	0,9*	0,8*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Petits centres urbains	3,6	3,2	3,9	1,0	1,0	1,0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Montréal et Vancouver	3,1	2,6	3,3	0,9*	[illegible]	0,8*	-0,5*	[illegible]	1,9*	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Grands centres urbains autres que Montréal et Vancouver (référence)	3,5	3,2	3,7	Référence																	
Déterminants socioéconomiques de la santé																						
Quintile de revenu (mesure de type géographique)	Q1 (revenu le plus bas)	4,7	4,2	5,1	[illegible]	1,4*	1,5*	1,5*	1,3*	1,6*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q2	3,8	3,5	4,1	1,2*	1,2*	1,2	0,6*	0,6*	0,3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q3	3,5	2,4	3,8	1,1	1,2	1,1	0,4	0,5	0,2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q4	3,0	2,6	3,3	0,9	0,9	1,0	-0,2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	3,2	2,9	3,5	Référence																	
Quintile du niveau de scolarité (mesure de type géographique)	Q1 (niveau de scolarité le plus bas)	4,5	4,2	4,7	[illegible]	[illegible]	1,3*	1,7*	1,8*	1,5*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q2	3,8	3,6	4,3	1,4*	1,5*	1,3*	1,0*	1,1*	0,8*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q3	3,6	3,7	4,1	1,4*	1,3*	1,3*	1,1*	0,6*	0,8*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q4	3,3	3,0	3,6	1,2*	1,3*	1,1	0,8*	0,6*	0,4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) (référence)	2,8	2,4	3,1	Référence																	
Indice de défavorisation – matérielle (mesure de type géographique)	Q5 (le plus défavorisé)	5,2	4,4	5,5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,9*	1,6*	2,2*	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q4	3,6	3,4	2,8	1,2*	1,2	1,2	0,6*	0,5	0,6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q3	3,4	3,2	3,6	1,1	1,1	1,1	0,4	0,4	0,4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q2	3,0	2,8	3,3	1,0	0,9	1,0	-0,1	-0,2	0,1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q1 (le moins défavorisé) (référence)	3,0	2,9	3,2	Référence																	
Indice de défavorisation – sociale (mesure de type géographique)	Q5 (le plus défavorisé)	4,1	3,7	4,5	1,2	1,2	1,2	0,7	0,7	0,6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q4	3,7	3,4	4,2	1,1	1,1	1,1	0,3	0,4	0,3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q3	3,6	3,4	3,9	1,0	1,1	1,0	0,2	0,4	0,2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q2	3,1	3,0	3,3	0,9	1,0	0,8	-0,3	-0,1	-0,5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q1 (le moins défavorisé) (référence)	3,5	3,0	3,7	Référence																	
Indice de défavorisation – matérielle & sociale (mesure de type géographique)	Q1Q5 (le plus défavorisé)	5,2	4,5	[illegible]	1,5	1,2	[illegible]	1,7*	1,0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Q1Q1 (le moins défavorisé) (référence)	3,6	3,5	[illegible]	Référence																	

NOTE : * Les données de l'Ontario sont exclues en raison de la piètre qualité des données.

L'échelle de couleurs a pour but d'illustrer (pour tous les indicateurs et les stratificateurs) 1- les inégalités relatives et absolues, 2- les tendances des inégalités (par exemple, les populations autochtones sont fréquemment confrontées à des inégalités en comparaison avec les non-Autochtones) 3- les gradients des inégalités (par exemple, il y a souvent des gradients d'inégalités entre les strates de revenu). L'importance et la répartition des inégalités présentées dans ce tableau doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte d'un indicateur à la fois, des différences entre les sources de données utilisées (par exemple, entre une enquête versus un registre administratif) et des limites existantes. L'échelle de couleurs pour les ratios de taux (RT) inférieurs à 1 et des différences de taux (DT) inférieures à 0 a été appliquée en utilisant respectivement la valeur réciproque et la valeur absolue. Par exemple, pour un RT de 0,5, l'échelle de couleur appliquée est pour la valeur de 2,0 (1/0,5) et pour une DT de -10, l'échelle de couleur pour la valeur de 10 est utilisée. L'échelle de couleurs est uniquement appliquée lorsque la différence entre la valeur et le groupe de référence est statistiquement significative.

LÉGENDE

		RT	DT pour 1 000
Non applicable	NA	> 1,8	> 9,3
Non fiable	F	1,5 → 1,8	2,8 → 9,3
À interpréter avec prudence	E	1,3 → 1,5	1,2 → 2,8
Statistiquement significatif	*	1,2 → 1,3	0,6 → 1,2
Référence		1,1 → 1,2	0,3 → 0,6
		0,0 → 1,1	0,0 → 0,3

Inégalité plus grande ↕ Inégalité plus petite

Références

(1) Reidpath D, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. Journal of Epidemiology and Community Health. 2003;57(5):344-6..

(2) Organisation de coopération et de développement économiques. Taux de mortalité infantile (indicateur) [Internet]. Paris : OCDE; 2014 [page consultée le 22 juin 2017]. Accessible à l'adresse : https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-mortalite-infantile.htm.

(3) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport technique. Ottawa (Ontario), ICIS; 2016 [page consultée le 20 novembre 2017].

(4) Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 : un rapport du système canadien de surveillance périnatale. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2013 [page consultée le 22 juin 2017]. Accessible à l'adresse : http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP7-1-2013-fra.pdf.

(5) Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14(2):187-94.

(6) Luo ZC, Senécal S, Simonet F, Guimond É, Penney C, Wilkins R. Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada. CMAJ. 2010 Feb 23;182(3):235-42.

(7) Luo Z, Wilkins R, Platt RW, Kramer MS. Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, 1985–97. Paediatr Perinat Epidemiol. 2004;18(1):40-50.

(8) Arbour L, Gilpin C, Millor-Roy V, Platt P, Pekeles G, Egeland G *et al.* Heart defects and other malformations in the Inuit in Canada: A baseline study. Int J Circumpolar Health. 2004 Sept;63(3):251-66.

(9) Smylie J, Crengle S, Freemantle J, Taualii M. Indigenous Birth Outcomes in Australia, Canada, New Zealand and the United States - an Overview. Open Womens Health J. 2010 Feb(4):7-17.

(10) Luo ZC, Wilkins R, Kramer MS. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. CMAJ. 2006 May 9;174(10):1415-20.

(11) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(12) Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. Maladies chroniques au Canada, 2009, vol. 29, n° 4, p. 199-213.

(13) Joseph KS, Liu S, Rouleau J, Lisonkova S, Hutcheon JA, Sauve R, *et al.* Influence of definition based versus pragmatic birth registration on international comparisons of perinatal and infant mortality: population based retrospective study. BMJ. 2012 Feb 17;344:e746.

(14) Deb-Rinker P, León J, Gilbert N, Rouleau J, Andersen A, Bjarnadóttir R *et al.* Differences in perinatal and infant mortality in high-income countries: artifacts of birth registration or evidence of true differences? BMC Pediatr. 2015 Sept;4(15):112.

(15) Chen J, Fair M, Wilkins R, Cyr M et le Groupe d'études de la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec. Rapports sur la santé, 1998, vol. 10, n° 2, p. 57-70.

(16) Luo ZC, Wilkins R, Heaman M, Martens P, Smylie J, Hart L, *et al.* Neighborhood Socioeconomic Characteristics, Birth Outcomes and Infant Mortality among First Nations and Non-First Nations in Manitoba, Canada. Open Womens Health J. 2010;4:55-61.

(17) Pongou R. Why is infant mortality higher in boys than in girls? A new hypothesis based on preconception environment and evidence from a large sample of twins. Demography. 2013;50(2):421-44.

(18) Graafmans W, Richardus J, Macfarlane A, Rebagliato M, Blondel B, Verloove-Vanhorick S. Comparability of published parinatal mortality rates in Western Europe: The quantitative impacts of differences in gestitational age and birthweight criteria. BJOG. 2001 Dec;108(12):1237-45.

(19) Kramer M, Platt R, Yang H, Haglund B, Cnattinguis S, Bergsjo P. Registration artifacts in international comparisons of infant mortality. Paediatr Perin Epi. 2002 Jan;16(1):16-22.

(20) Organisation mondiale de la santé. CIM-10 : Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes - Guide d'instructions. Genève : 2004 [page consultée le 22 juin 2017]. Accessible à l'adresse : www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/index.html.

(21) Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Wellesley Institute; 2015.

(22) Gilbert NL, Auger N, Tjepkema M. La mortinaissance et la mortalité infantile dans les communautés autochtones du Québec. Rapports sur la santé, 2015, vol. 26, n° 2, p. 6.

(23) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infant mortality and low birth weight among black and white infants--United States, 1980-2000. MMWR. 2002 Jul 12;51(27):589-92.

(24) Berthelot J, Wilkins R, Ng E. Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes -rapport annuel 2002]. Rapports sur la santé, 2002, vol. 13, p. 51.

(25) Wilkins R, Houle C, Berthelot J, Ross D. The changing health status of Canada's children. ISUMA; 2000.

(26) Kramer MS. Facteurs déterminants de l'insuffisance pondérale à la naissance : évaluation méthodologique et méta-analyse. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 1987, vol. 65, n° 5, p. 663-737.

(27) Kim D, Saada A. The Social Determinants of Infant Mortality and Birth Outcomes in Western Developed Nations: A cross-Country Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2013 Feb;10(3):2296-335.

INÉGALITÉS RELATIVES À LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE À DES BLESSURES NON INTENTIONNELLES AU CANADA

POINTS SAILLANTS

- Dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis était élevée, les taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles étaient respectivement 3,5, 3,2 et 2,7 fois plus élevés que dans les régions où la concentration de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis était faible. Cela équivaut à 74,8 décès supplémentaires attribuables à des blessures non intentionnelles pour 100 000 chez les membres des Premières Nations, 66,4 pour 100 000 chez les Inuits, et 50,7 pour 100 000 chez les Métis.
- Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles était 1,9 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cela représente 19,5 décès supplémentaires attribuables à des blessures non intentionnelles pour 100 000 personnes.
- Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles dans les régions éloignées était 1,9 fois supérieur à celui des grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal ou Vancouver). Cela représente 25,8 décès de plus attribuables à des blessures non intentionnelles pour 100 000 personnes. Ces inégalités étaient plus marquées chez les hommes que chez les femmes.
- Des facteurs socioéconomiques tels que des faibles niveaux de revenu et de scolarité sont associés à des taux élevés de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles. Les Canadiens qui vivent dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel présentent des taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles 1,6 fois plus élevés que les Canadiens vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel. Cela signifie qu'il y a 14,4 décès de plus attribuables à des blessures non intentionnelles pour 100 000 personnes dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel.

ACRONYME	NOM COMPLET
IC	Intervalles de confiance

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

Les blessures non intentionnelles représentent une importante préoccupation de santé publique qui est décrite par la Société canadienne de pédiatrie (1) et d'autres acteurs comme une « épidémie invisible ». Elles constituent la principale cause de décès des enfants et des jeunes adultes au Canada (2). En 2013, les blessures non intentionnelles se classaient au cinquième rang des causes de décès pour l'ensemble des tranches d'âge (3), et représentaient l'une des principales causes d'années potentielles de vie perdues (2).

En 2010, les trois principales causes de décès attribuable à des blessures non intentionnelles au Canada étaient les chutes (26 %); les accidents liés aux moyens de transport (17 %), les collisions de véhicules motorisés constituant la majorité de ces accidents; et les empoisonnements accidentels, notamment les surdoses de drogues (10 %) (4). Les décès attribuables à des blessures non intentionnelles comprenaient également les décès faisant suite à des accidents impliquant des piétons, mais aussi les asphyxies, les noyades et les incendies ou brûlures. Les trois causes principales de décès attribuable à des blessures non intentionnelles chez les enfants et les jeunes étaient les collisions de véhicules motorisés (17 %), les noyades (15 %), et les obstructions de la respiration (11 %). Le coût économique total associé aux blessures non intentionnelles au Canada en 2010, notamment les coûts en soins de santé résultant des blessures et la perte de productivité découlant des hospitalisations, des incapacités et des décès prématurés a été estimé à 22,1 milliards de dollars (4).

La mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles est influencée par différents facteurs comportementaux, psychosociaux, environnementaux et structurels. Par exemple, les comportements de prise de risque constituent un facteur contribuant aux blessures mortelles provoquées par un véhicule motorisé (5), en particulier chez les hommes jeunes. La socialisation masculine peut prédisposer les garçons et les hommes à prendre des risques excessifs (5,6). Les blessures mortelles au travail surviennent presque exclusivement chez les hommes (7). Des facteurs psychosociaux liés au milieu de travail, tels que l'aliénation, le contrôle du travail et le surmenage peuvent également contribuer aux accidents de travail (8).

Les facteurs environnementaux définissent aussi l'exposition des personnes aux risques physiques, aux normes sociales potentiellement préjudiciables, et à l'accès aux services et ressources (9–11). Des rues et des trottoirs dégradés, un accès limité à des espaces verts sécuritaires (12,13), l'isolement social et des normes se rapportant aux comportements risqués comme le fait de ne pas porter de ceinture de sécurité et la consommation abusive d'alcool et de drogues (14,15) constituent autant de facteurs susceptibles d'accroître le risque de blessures (16).

La manière dont les déterminants socioéconomiques et structurels influent sur le risque de blessure est complexe. Par exemple, le revenu et les ressources matérielles ont un effet sur la disponibilité de logements sécuritaires et de grande qualité ainsi que sur celle de dispositifs de protection adéquats sur le lieu de travail (8,17–19). Pour les personnes âgées, le revenu, les soutiens sociaux, la qualité du logement et l'accès aux services et aux dispositifs d'assistance ont une incidence sur le risque de chute (20). Les faibles revenus sont associés à des décès causés par des incendies, des brûlures ou des empoisonnements; l'absence d'emploi est associée à un risque accru de chutes, d'empoisonnement, et d'asphyxie (21).

Dans ce contexte, la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles a été retenue comme l'un des indicateurs des principales inégalités en matière de santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODOLOGIE

Les données portant sur le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles pour 100 000 personnes ont été tirées de la base de données intitulée *Statistiques de l'état civil : Base de données sur les décès* de Statistique Canada pour les années 2009 à 2011, et ce pour l'ensemble des classes d'âge. Les données utilisées dans l'analyse portent sur les blessures causées par des événements comme les collisions de véhicules motorisés, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications. Elles excluent les complications survenues au cours d'actes médicaux. Les données sont ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population canadienne de 2011.

Les sources de données administratives n'offrent pas beaucoup de précisions d'ordre démographique et socioéconomique à l'échelle individuelle. Des mesures de type géographique ont été calculées à l'échelle des aires de diffusion en utilisant des données provenant du Recensement de la population du Canada de 2006 afin de fournir des mesures des inégalités en fonction de stratificateurs sociaux. Par conséquent, ces résultats s'appliquent à l'échelle des aires de diffusion et non à celle des personnes.

Les inégalités en matière de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles ont été évaluées en fonction de l'âge, du sexe ou du genre, et des six stratificateurs sociaux de type géographique suivants : le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), le statut d'immigrant, l'identité autochtone (membres des Premières Nations, Inuits ou Métis), la résidence en milieu urbain ou rural, et la défavorisation sociale et matérielle.

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants (22). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des mesures de type géographique, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles au Canada entre 2009 et 2011 s'élevait à 30,3 décès (IC à 95 % : 29,9–30,6) pour 100 000 personnes. On a constaté des inégalités relatives à la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles atteignant le seuil de signification statistique pour l'ensemble des stratificateurs sociaux (annexe 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Âge

À l'échelle nationale, le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles augmentait avec l'âge, passant de 3,3 décès (IC à 95 % : 3,0–3,6) pour 100 000 chez les enfants de 0 à 11 ans, à 19,6 décès (IC à 95 % : 19,0–20,2) pour 100 000 chez les adultes de 35 à 49 ans, et à 300,2 décès (IC à 95 % : 294,9–305,6) pour 100 000 chez les adultes de 80 ans et plus. Cette tendance à la hausse a été observée autant chez les hommes que chez les femmes; toutefois les taux étaient systématiquement plus élevés chez les hommes. Par exemple, le taux relevé chez les hommes de 18 à 34 ans représentait 3,4 fois celui des femmes du même groupe d'âge, soit 29,6 décès (IC à 95 % : 28,6–30,6) pour 100 000 chez les hommes contre 8,7 décès (IC à 95 % : 8,2–9,3) pour 100 000 chez les femmes.

Sexe ou genre

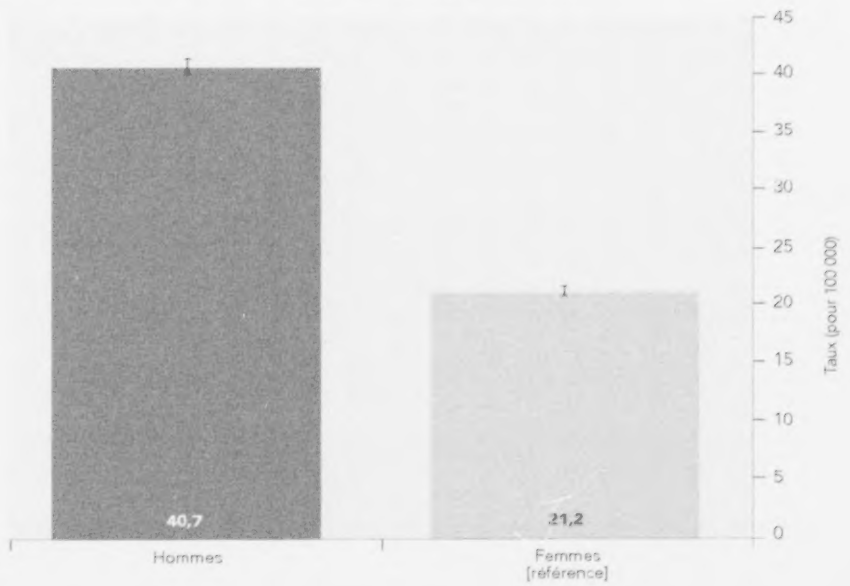
Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles était 1,9 fois (IC à 95 % : 1,9–2,0) plus élevé chez les hommes que chez les femmes, soit 40,7 décès (IC à 95 % : 40,1–41,3) pour 100 000 chez les hommes par rapport à 21,2 décès (IC à 95 % : 20,8–21,5) pour 100 000 chez les femmes (figure 1).

Si le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles des hommes était le même que celui des femmes, on observerait une baisse de 47,9 % de la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les premiers et il y aurait potentiellement 2 873 décès de moins attribuables à des blessures non intentionnelles par année au Canada.

Si le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les hommes était le même que chez les femmes, il y aurait potentiellement 2 873 décès de moins attribuables à des blessures non intentionnelles par année au Canada.

FIGURE 1

Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles selon le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Hommes	1,9*	19,5*	47,9*	28,0*	8,6*	2 873*
Femmes [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité 2009–2011

Peuples autochtones

Les inégalités relatives à la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles varient entre les régions où résident des groupes d'identité autochtone prédominants différents. Les personnes résidant dans les régions ayant une concentration élevée de membres des Premières Nations présentaient un taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles 3,5 fois supérieur au taux des régions où la concentration de membres des Premières Nations était faible. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles dans les régions où la concentration d'Inuits était élevée représentait 3,2 fois le taux pour les régions où la concentration d'Inuits était faible. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles des régions où la concentration de Métis est élevée représentait 2,7 fois le taux des régions où la concentration de Métis était faible. Cela signifie que dans les régions dans lesquelles la concentration de membres des Premières Nations était élevée, on dénombrait 74,8 décès supplémentaires pour 100 000 habitants attribuables à des blessures non intentionnelles que dans les régions à faible concentration de membres des Premières Nations. De même, on dénombrait 66,4 décès supplémentaires pour 100 000 habitants dans les régions ayant une forte concentration d'Inuits par rapport aux régions à faible concentration d'Inuits. Dans les régions où la concentration de Métis était élevée, la mortalité se traduisait par 50,7 décès de plus que dans les régions où la concentration de Métis était faible (figure 2).

Statut d'immigrant

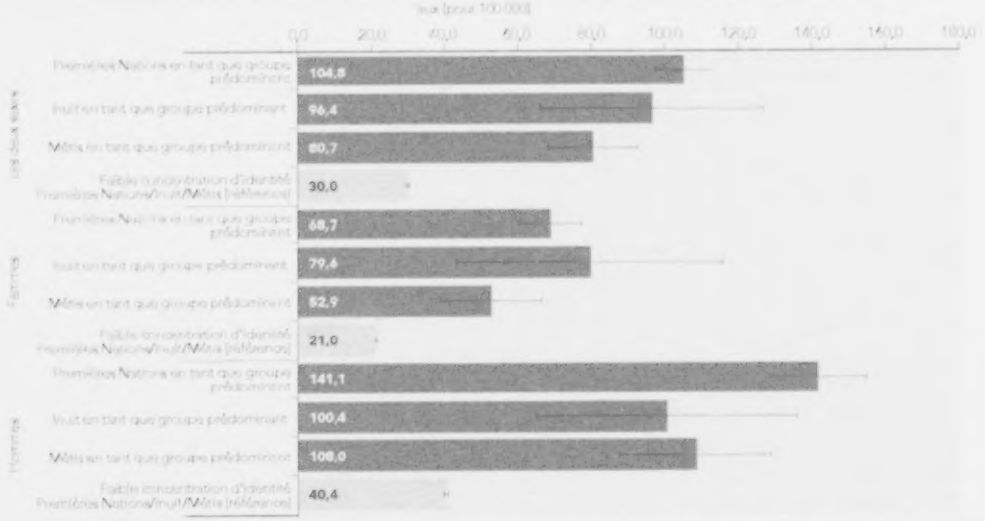
Le taux mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles pour les personnes résidant dans des régions où la proportion de résidents nés à l'étranger était faible représentait 1,5 (IC à 95 % : 1,5–1,6) fois le taux pour les habitants des régions dans lesquelles la proportion de résidents nés à l'étranger était élevée, soit 33,1 décès (IC à 95 % : 32,7–33,6) pour 100 000 dans les premières contre 21,6 décès (IC à 95 % : 20,7–22,5) pour 100 000 dans les secondes.

Si le taux était le même dans les régions à faible proportion de personnes nées à l'étranger que dans les régions à forte proportion de personnes nées à l'étranger, on observerait une baisse de 26,9 % (IC à 95 % : 24,7–29,3) du taux national global. Cela signifie qu'il y aurait 2 675 décès (IC à 95 % : 2 389–2 985) de moins attribuables à des blessures non intentionnelles par année au Canada (annexe 1).

Les inégalités relatives à la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles selon le statut d'immigrant étaient différentes entre les hommes et les femmes. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles pour les filles et les femmes résidant dans des régions où la proportion de résidents nés à l'étranger était faible représentait 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,5) fois le taux pour les filles et les femmes résidant dans les régions où la proportion de résidents nés à l'étranger était élevée. En ce qui concerne les garçons et les hommes, le taux pour les régions où la proportion de résidents de sexe masculin nés au Canada était élevée représentait 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,7) fois celui des régions dans lesquelles la proportion de résidents nés à l'étranger était élevée (annexe 1).

FIGURE 2

Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles selon l' identité autochtone et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations en tant que groupe prédominant	3,5*	74,8*	71,4*	2,0*	0,6*	209*
Inuit en tant que groupe prédominant	3,2*	66,4*	68,9*	0,2*	0,1*	23*
Métis en tant que groupe prédominant	2,7*	50,7*	62,8*	0,3*	0,1*	35*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	3,3*	47,7*	69,4*	1,6*	0,4*	68*
Inuit en tant que groupe prédominant	3,8*	58,6*	73,6*	0,2*	0,1*	9*
Métis en tant que groupe prédominant	2,5*	31,9*	60,3*	0,3*	0,1*	12*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	3,5*	100,7*	71,4*	2,3*	0,9*	139*
Inuit en tant que groupe prédominant	2,5*	60,0*	59,8*	0,2*	0,1*	13*
Métis en tant que groupe prédominant	2,7*	67,6*	62,6*	0,4*	0,1*	23*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique : de l'identité autochtone tirées du Recensement de la population de 2006
Groupe prédominant: ≥ 33% des résidents de l'aire de diffusion déclarent une identité autochtone avec une majorité appartenant au groupe indiqué
Source : Statistique de l'état civil - Base canadienne de données sur la mortalité 2009–2011

Revenu

Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles était inversement relié au revenu. Les personnes résidant dans les régions où le revenu était le plus faible étaient 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,4) fois plus susceptibles de mourir en raison de blessures non intentionnelles que celles résidant dans les régions où le revenu était le plus élevé, soit 37,6 décès (IC à 95 % : 36,8–38,5) pour 100 000 habitants dans les premières contre 27,1 décès (IC à 95 % : 26,3–27,8) pour 100 000 habitants dans les secondes.

Si le taux était le même pour chacun de ces deux groupes, on observerait une baisse de 27,9 % (IC à 95 % : 25,3–30,5) de la prévalence de la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les résidents des régions où les revenus sont les plus faibles et une baisse de 6,9 % (IC à 95 % : 6,1–7,6) du taux national global. Cela se traduirait en théorie par 696 décès (IC à 95 % : 603–791) de moins liés à des blessures non intentionnelles en une année (annexe 1).

Les inégalités relatives au taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles entre les régions où le revenu est le plus faible et celles où il est le plus élevé varient également en fonction du sexe ou du genre. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les femmes résidant dans les régions où le revenu était le plus faible représentait 1,3 (IC à 95 % : 1,3–1,4) fois celui des femmes résidant dans les régions où le revenu était le plus élevé. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les hommes résidant dans les régions où le revenu était le plus faible représentait 1,5 (IC à 95 % : 1,4–1,5) fois celui des hommes résidant dans les régions où le revenu était le plus élevé.

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

Comme dans le cas du revenu, le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles était inversement relié au niveau de scolarité. Les personnes résidant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible présentaient un taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles représentant 1,5 fois (IC à 95 % : 1,5–1,6) celui des personnes résidant dans les régions où le niveau de scolarité était le plus élevé, soit 37,9 décès pour 100 000 habitants pour les premières (IC à 95 % : 37,0–38,7) contre 24,8 décès pour 100 000 habitants pour les secondes (IC à 95 % : 24,1–25,4) (annexe 1).

Si le taux était le même pour chacun de ces deux groupes, on observerait une baisse de 8,4 % (IC à 95 % : 7,8–9,1) du taux national global de blessures non intentionnelles. Cela signifie qu'il y aurait 862 décès (IC à 95 % : 773–953) liés à des blessures non intentionnelles de moins par année.

Cette inégalité en fonction du niveau de scolarité était plus prononcée chez les hommes. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles pour les hommes résidant dans les régions où le niveau de scolarité était le plus faible représentait 1,6 fois (IC à 95 % : 1,6–1,7) le taux pour les hommes résidant dans les régions où le taux de scolarité était le plus élevé. Chez les femmes, ce taux relatif d'inégalité en matière de mortalité liée à des blessures était le suivant : le taux pour les femmes résidant dans les régions où le niveau de scolarité était le plus faible représentait 1,3 fois (IC à 95 % : 1,3–1,4) le taux pour les femmes résidant dans les régions où le taux de scolarité était le plus élevé.

Défavorisation matérielle et sociale

Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les personnes résidant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel[17] représentait 1,6 fois (IC à 95 % : 1,6–1,7) le taux pour les personnes résidant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel (figure 3).

Si le taux chez les Canadiens résidant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel était le même que chez les Canadiens résidant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel, il y aurait une baisse de 38,0 % (IC à 95 % : 35,5–40,4 %) du taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les Canadiens résidant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel. Cela se traduirait par une baisse de 9,2 % (IC à 95 % : 8,4–9,9 %) du taux national global, soit 835 décès (IC à 95 % : 750–923) liés à des blessures non intentionnelles de moins par année.

> Si le taux des régions les plus défavorisées était aussi faible que celui des régions les moins défavorisées, le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles à l'échelle nationale diminuerait de 9,2 %.

Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les personnes résidant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social était 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois plus élevé que celui des personnes vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan social, soit 33,8 décès pour 100 000 habitants chez les premières (IC à 95 % : 33,0–34,6) contre 27,9 décès pour 100 000 habitants chez les secondes (IC à 95 % : 27,0–28,9).

Si les personnes résidant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social connaissaient le même taux de mortalité attribuable à des blessures que celui des personnes résidant dans les régions les moins défavorisées, le taux diminuerait de 17,5 % (IC à 95 % : 14,0–20,8) chez les personnes du groupe le plus défavorisé. Cela se traduirait potentiellement par une baisse de 4,5 % (IC à 95 % : 3,5–5,4 %) du taux national global, soit 406 (IC à 95 % : 305–511) décès de moins liés à des blessures non intentionnelles par année.

Résidence en milieu urbain ou rural

Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles dans les régions éloignées[18] (population inférieure à 10 000 habitants) était 1,9 (IC à 95 % : 1,8–2,0) fois supérieur au taux dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal ou Vancouver) (figure 4).

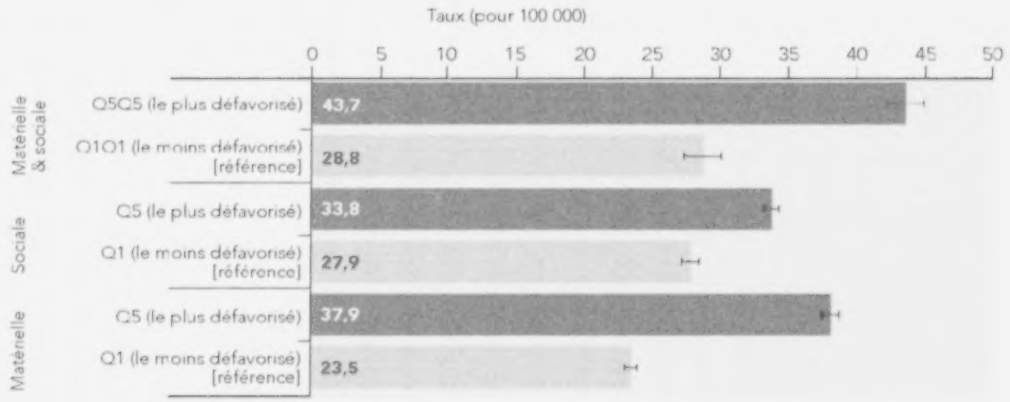
Si le taux de mortalité de ces deux groupes était le même, on constaterait une réduction de 46,7 % du taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les personnes qui vivent dans des régions éloignées, et une réduction de 4,7 % (IC à 95 % : 4,4–5,1 %) du taux national global. Cela se traduirait par 489 (IC à 95 % : 437–536) décès de moins par année. Par ailleurs, les Canadiens qui vivent dans les régions métropolitaines de Montréal, Toronto et Vancouver présentaient des taux de mortalité 0,8 (IC à 95 % : 0,8–0,8) fois inférieurs à ceux des personnes vivant dans les autres grandes villes canadiennes. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles à Montréal, Toronto et Vancouver était inférieur de 6,1 décès (IC à 95 % : 5,3–6,9) pour 100 000 habitants à celui des autres grands centres urbains.

17. Pour obtenir une définition de l'indice de défavorisation, consultez le chapitre Méthodologie.

18. Pour obtenir une définition des sous-groupes de la résidence en milieu urbain ou rural, consultez le chapitre Méthodologie.

FIGURE 3

Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles selon l'indice de défavorisation, Canada, 2009–2011

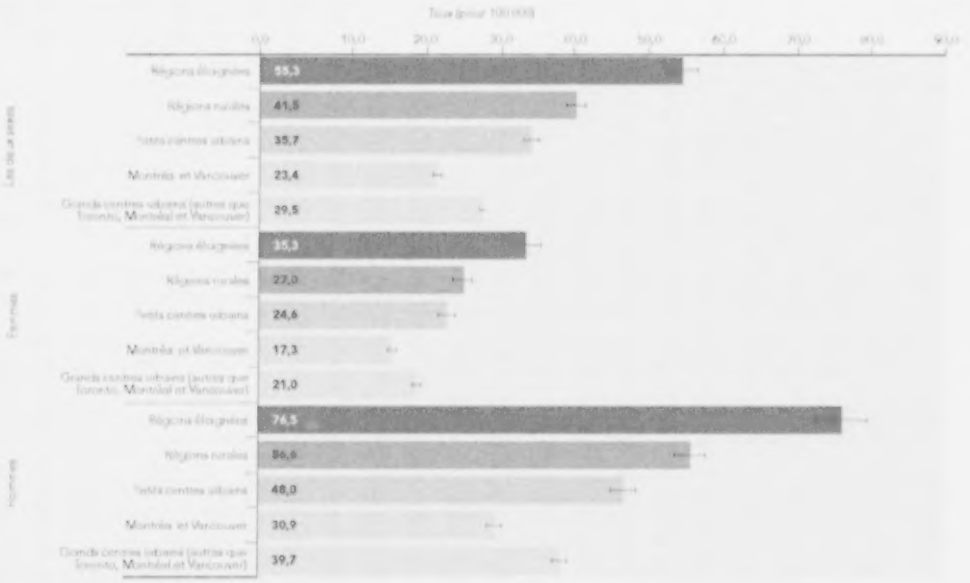


	RATIO DE TAUX (RT))	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
INDICE DE DÉFAVORISATION (MATÉRIELLE ET SOCIALE)						
Q5Q5 (le plus défavorisé)	1,5*	14,9*	34,1*	2,1*	0,6*	188*
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
INDICE DE DÉFAVORISATION (SOCIALE)						
Q5 (le plus défavorisé)	1,2*	5,9*	17,5*	4,5*	1,3*	406*
Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
INCIDE DE DÉFAVORISATION (MATÉRIELLE)						
Q5 (le plus défavorisé)	1,6*	14,4*	38,0*	9,2*	2,6*	835*
Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique de l'indice de défavorisation tirées du Recensement de la population de 2006
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité 2009–2011

FIGURE 4

Mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles selon la résidence en milieu rural ou urbain et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FAS)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP)a	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPR)
Régions éloignées	1,5*	25,8*	40,7*	4,7*	1,5*	46*
Régions rurales	1,4*	12,0*	28,9*	4,6*	1,4*	469*
Petits centres urbains	1,2*	6,2*	17,4*	3*	0,9*	285*
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	−6,1*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver)	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Régions éloignées	1,7*	14,2*	40,8*	3,7*	0,9*	157*
Régions rurales	1,3*	6,0*	22,2*	3,2*	0,8*	136*
Petits centres urbains	1,2*	3,6*	14,6*	2,4*	0,6*	101*
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	−3,7*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver)	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Régions éloignées	1,5*	36,8*	48,1*	5,9*	2,0*	315*
Régions rurales	1,4*	16,9*	29,9*	5,0*	1,9*	302*
Petits centres urbains	1,2*	8,3*	17,2*	2,8*	1,0*	165*
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	−8,8*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver)	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après la fréquence de la population de 2011.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité (2009–2011)

Si les taux dans les régions éloignées étaient aussi faibles que ceux des grands centres urbains, on observerait une réduction de 46,7 % du taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les personnes qui vivent dans des régions éloignées.

Une fois encore, les inégalités différaient selon le sexe ou le genre. Dans les régions éloignées, le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les hommes était de 76,5 (IC à 95 % : 73,1–80,0) décès pour 100 000 habitants. Cela représente un taux 1,9 (IC à 95 % : 1,8–2,0) fois supérieur au taux des hommes vivant dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal ou Vancouver). Les femmes vivant dans des régions éloignées présentaient un taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles de 35,3 décès (IC à 95 % : 33,3–37,5) pour 100 000 personnes, soit 1,7 (IC à 95 % : 1,6–1,8) fois le taux des femmes vivant dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal ou Vancouver).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les données relatives à l'enregistrement des décès reposent sur le jugement des médecins légistes et des coroners. Les blessures non intentionnelles peuvent ne pas causer un décès immédiatement, mais contribuer à un décès survenant ultérieurement. Étant donné que les causes secondaires de décès ne sont pas enregistrées, cela peut donner lieu à une sous-estimation du fardeau de la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles (23).

Les mesures employées dans le présent rapport quantifient les inégalités que connaissent des groupes clairement définis. Les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici.

Les mesures de type géographique utilisées pour définir les groupes sociaux sont agrégées à l'échelle des aires de diffusion. Compte tenu du fait que cela repose sur l'hypothèse selon laquelle les groupes sociodémographiques et socioéconomiques sont uniformes, il existe un risque de biais d'erreur de classification et de sous-estimation des inégalités. Bien que le sens des disparités soit le même dans les études utilisant des mesures de type géographique et dans les études utilisant des mesures à l'échelle individuelle, les études ont démontré que l'ampleur de ces disparités varie, et qu'elles sont beaucoup plus importantes à l'échelle individuelle (24). (Pour en savoir plus sur les mesures de type géographique, consultez la section Méthodologie.) Une autre limite est liée au fait que d'autres stratificateurs utilisés pour mesurer les inégalités en matière de santé, tels que l'origine culturelle ou raciale, l'orientation sexuelle et les limitations de l'activité fonctionnelle, n'étaient pas disponibles.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (22), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Les données présentées sont de nature transversale, et elles illustrent la répartition de la santé au sein des différents groupes de population au Canada. Les mesures des inégalités présentées n'infèrent pas de relation causale entre les stratificateurs sociaux et les taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles. Elles illustrent plutôt l'ampleur et l'effet des inégalités sur la prévalence de la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles chez les différents groupes de catégories sociales. Le fardeau de la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles que ces groupes subissent de manière disproportionnée dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels liés à la santé qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

DISCUSSION

Il existe d'importantes inégalités relatives à la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles au Canada. Le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles est presque deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cette différence peut être expliquée en partie par les comportements plus risqués adoptés par les hommes (25), ce qui peut également contribuer à la prévalence accrue de collisions de véhicules motorisés chez ceux-ci (23), et par le fait que les hommes conduisent en moyenne sur de plus grandes distances que les femmes (26). En 2015, sur les 852 accidents de travail mortels relevés par l'Association des commissions des accidents du travail du Canada, 95 % des décès concernaient des hommes. Cette statistique reflète en partie les différences de profession, puisqu'une plus grande proportion d'hommes travaille dans les métiers, le transport et la machinerie (7).

Tout comme l'indiquent nos propres résultats, les populations d'immigrants aux États-Unis présentent des taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles moins élevés (27). Ces taux inférieurs observés chez les immigrants peuvent s'expliquer en partie par le fait qu'ils adoptent moins de comportements à risque, comme conduire avec les facultés affaiblies, que la population des non-immigrants (28). De plus, au Canada, la plupart des immigrants vivent dans les grands centres urbains (29), où les taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles sont inférieurs à ceux des régions rurales.

Les taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles étaient considérablement plus élevés dans les régions ayant une forte concentration de membres des Premières Nations, d'Inuits ou de Métis. Le risque relatif d'hospitalisation pour des blessures non intentionnelles était également plus élevé dans ces régions, même après un ajustement pour tenir compte du statut socioéconomique et de la géographie urbaine ou rurale (30). De même, en Australie, les Autochtones sont trois fois plus susceptibles de mourir en raison d'un accident de la route que les Australiens non autochtones (31).

On observe un gradient d'inégalité par paliers pour ce qui touche le revenu et le niveau de scolarité. Le faible revenu a été associé à des risques de blessures plus importants pour la plupart des causes de blessures, et les décès liés à des incendies ou des brûlures sont jusqu'à trois fois plus fréquents dans les deux quintiles des revenu les plus faibles (21). Des caractéristiques propres au logement, telles qu'un éclairage inadéquat, du tapis mal fixé ou des escaliers mal conçus, ont été liées aux blessures causées par des chutes (32). L'accès limité aux dispositifs de sécurité chez les personnes à faible revenu a également été associé à un risque accru de blessures (21,33).

Des liens similaires peuvent être établis entre le faible niveau de scolarité et un risque élevé de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles de tout type et aux collisions de véhicules motorisés (chez les hommes uniquement), ainsi qu'aux empoisonnements et aux noyades (chez les deux sexes) (21). Cette inégalité peut s'expliquer par un accès limité aux renseignements sur la santé, par exemple en ce qui concerne l'équipement de sécurité et les dispositifs de protection, ou par des possibilités moindres, notamment celles d'occuper un emploi satisfaisant et sécuritaire (34).

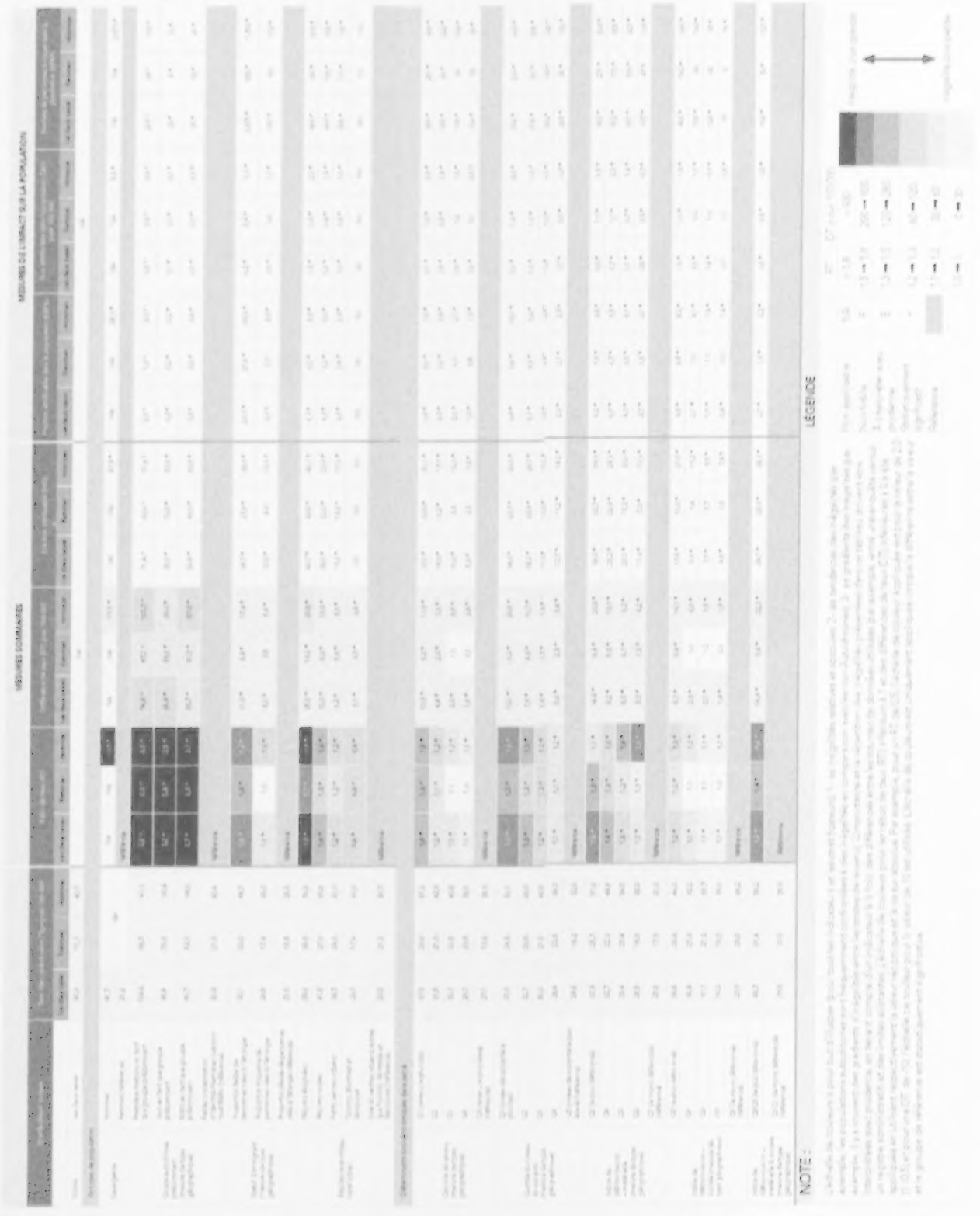
La défavorisation matérielle et sociale a été associée à des taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles plus élevés. De la même manière, on a constaté une relation inverse entre le statut socioéconomique du quartier et les taux de blessures graves chez les adultes vivant dans le Grand Vancouver, l'association la plus forte étant observée dans les quartiers les plus défavorisés du point de vue socioéconomique. Ces données donnent à penser que les efforts visant à réduire les blessures graves devraient être concentrés sur ces quartiers (35). Une étude de la distribution de la mortalité attribuable aux blessures liées aux moyens

de transport dans 9 pays européens a révélé que les hommes de plus de 30 ans ayant un faible niveau de scolarité présentaient un taux de mortalité plus élevé dans tous les milieux (20,5 pour 100 000 habitants), par rapport aux hommes ayant un niveau de scolarité élevé (12,3 pour 100 000). On n'a constaté aucune différence significative entre les femmes des différents niveaux de scolarité (36).

Les personnes vivant dans des régions éloignées présentaient des taux de mortalité supérieurs à ceux des personnes vivant dans des villes, en particulier dans les grands centres urbains tels que Montréal, Toronto et Vancouver. Les taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles liées à des collisions avec des véhicules motorisés, des noyades et des incendies ou brûlures étaient supérieurs dans les régions rurales pour les hommes et pour les femmes (21). Ces inégalités peuvent s'expliquer par l'accès limité à des soins médicaux d'urgence, et par la moindre qualité de ces soins, dans les régions rurales (33). Les populations vivant en milieu urbain et en milieu rural diffèrent également en ce qui concerne les normes comportementales liées, par exemple, à la conduite avec facultés affaiblies ou à l'utilisation de dispositifs de sécurité (37). Enfin, l'exposition à des risques de blessures est plus élevée chez ceux qui vivent en milieu rural (21), étant donné qu'ils doivent parcourir de plus grandes distances pour accéder aux services, et généralement dans de moins bonnes conditions (p. ex., faible éclairage des routes) (37).

Au Canada, les blessures constituent la principale cause de décès chez les enfants (4) et la mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles représente l'une des principales causes de décès dans tous les groupes d'âge. Les personnes qui vivent dans des régions ayant une faible proportion de résidents nés à l'étranger et celles qui vivent dans des communautés rurales ou éloignées sont touchées de manière disproportionnée par les blessures non intentionnelles, tout comme les personnes qui vivent dans des régions présentant une forte concentration d'Autochtones. Il existe un gradient socioéconomique clair sur le plan des blessures non intentionnelles, les taux augmentant à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent et que la défavorisation sociale et matérielle augmente. En raison des facteurs de risque associés aux comportements risqués, les hommes sont également plus susceptibles de mourir en raison de blessures non intentionnelles (5,25,28). La mortalité attribuable aux blessures non intentionnelles est influencée par les conditions sociales, économiques et environnementales plus larges, y compris le revenu, le logement, les soutiens sociaux, l'exposition aux risques physiques, les normes sociales et l'accès aux services. Les interventions policières, de même que la mesure systématique et la surveillance en continu des effets de ces interventions sur les inégalités observées, aideront à éclairer et à consolider les programmes et la recherche. En ciblant les facteurs de risque individuels et les déterminants plus généraux des blessures non intentionnelles au sein des groupes sociodémographiques et socioéconomiques, ces approches doivent viser à réduire à la fois les inégalités et la prévalence relatives à la mortalité attribuable aux blessures non intentionnelles et ses déterminants au fil du temps, et bénéficier à tous les Canadiens.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour les blessures non intentionnelles.
Source des données : BCDM 2009-2011



Références

(1) Yanchar NL, Warda LJ, Fuselli P, Société canadienne de pédiatrie et le Comité de prévention des blessures, Document de principes - La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique. Ottawa : Société canadienne de pédiatrie; 2 nov. 2012. Accessible à l'adresse : https://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-blessures-chez-les-enfants-et-les-adolescents.

(2) Statistique Canada. *Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel*, CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa : Statistique Canada [mise à jour le 9 mars 2017; page consultée le 31 juillet 2017]. Accessible à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=1020561.

(3) Statistique Canada. Tableau 102-4313 : Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues occasionnel, CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa: Statistique Canada [mise à jour le 31 juillet 2017, page consultée le 31 juillet 2017]. Accessible à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=01024313.

(4) Parachute. The cost of injury in Canada [Internet]. Toronto : Parachute; 2015 [page consultée le 31 juillet 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost_of_Injury-2015.pdf.

(5) Sorenson S. Gender Disparities in Injury Mortality: Consistent, Persistent, and Larger Than You'd Think. American Journal of Public Health, 2011, vol. 101, n° S1.

(6) Marini ID. Issues of males with physical disabilities in rehabilitation settings. Dans : G.E. Good et G.R. Brooks GR, editors. The new handbook of psychotherapy and counseling with men. A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches. Rev San Francisco: Jossey-Bass; 2005. p. 88-102.

(7) Association des commissions des accidents du travail au Canada. Statistiques des accidents professionnels au Canada [Internet]. Toronto : ACATC; 2015 [page consultée le 31 juillet 2017]. Accessible à l'adresse : http://awcbc.org/fr/?page_id=381.

(8) Cubbin C, Smith GS. Socioeconomic inequalities in Injury: Critical issues in design and analysis. Annual Review of Public Health. 2002;23:349.

(9) Soubhi H, Raina P, Kohen D. Neighborhood, Family, and Child Predictors of Childhood Injury in Canada. Am J Health Beahvior. 2004;28(5):397.

(10) Gagné M, Hamel D. Défavorisation et hospitalisations pour blessures non intentionnelles chez les enfants québécois. Maladies chroniques au Canada, 2009, vol. 29, n° 2, p. 63.

(11) Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. Ann N Y Acad Sci. 2010;1186(1):125-45.

(12) Subramanian S, Chen JT, Rehkopf DH, Waterman PD, Krieger N. Comparing individual-and area-based socioeconomic measures for the surveillance of health disparities: a multilevel analysis of Massachusetts births, 1989–1991. Am J Epidemiol. 2006;164(9):823-34.

(13) Kelly CM, Schootman M, Baker EA, Barnidge EK, Lemes A. The association of sidewalk walkability and physical disorder with area-level race and poverty. J Epidemiol Community Health. 2007 Nov;61(11):978-83.

(14) Taylor B, Irving HM, Room R, Borges G, Cherpitel CJ, Bond J, *et al.* The more you drink the harder you fall. A systemic review and meta-analysis of how acute alochol consumsption and injury or collision risk increase together. Drug Alcohol Dpeend. 2010;110(1-2):108.

(15) Williams CT, Latkin CA. Neighborhood socioeconomic status, personal network attributes, and use of heroin and cocaine. Am J Prev Med. 2007;32(6):S203-10.

(16) Karb RA, Subramanian S, Fleegler EW. County poverty concentration and disparities in unintentional injury deaths: a fourteen-year analysis of 1.6 million US fatalities. PLoS one. 2016;11(5):e0153516.

(17) Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. Br Med Bull. 2007(1).

(18) Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. Ann Epidemiol. 2006;16(2):91-104.

(19) Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. J Health Soc Behav. 2010;51(1_suppl):S28-40.

(20) Agence de la santé publique au Canada. Rapport sur les chutes des ainés au Canada. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005 [page consultée le 21 novembre 2017].

(21) Burrows S, Auger N, Gamache P, Hamel D. Individual and area socioeconomic inequalities in cause-specific unintentional injury mortality: 11-Year follow-up study of 2.7 million Canadians. Accident Analysis & Prevention. 2012 3;45:99-106.

(22) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(23) Chen Y, Mo F, Li QL, Jiang Y, Mao Y. La mortalité par blessure non intentionnelle et ses causes externes au Canada entre 2001 et 2007. Maladies chroniques et blessures au Canada, 2013, vol. 33, n° 2, p. 110.

(24) Pampalon R, Hamel D, Gamache P. Une comparaison de données socio-économiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada. Rapports sur la santé, 2009, vol. 20, n° 4, p. 95.

(25) Williams DR. The health of men: structured inequalities and opportunities. Am J Public Health. 2008;98(Supplement_1):S150-7.

(26) Li G, Baker SP, Langlois JA, Kelen GD. Are female drivers safer? An application of the decomposition method. Epidemiology. 1998:379-84.

(27) Singh GK, Siahpush M. All-cause and cause-Specific mortality of immigrants and native born in the United States. American Journal of Public Health. 2001;91(3):392.

(28) Xiang H, Yu S, Zhang X, Scurlock C, Smith GA, Stallones L. Behavioral risk factors and unintentional injuries among US immigrant adults. Ann Epidemiol. 2007;17(11):889-98.

(29) Statistique Canada. Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada. Enquête nationale auprès des ménages, 2011. N° 99-101010-X2011001 au catalogue. Ottawa : ministère de l'Industrie; 2013 [page consultée le 21 novembre 2017].

(30) Bougie E, Fines P, Oliver LN, Kohen DE. Hospitalisations pour blessure non intentionnelle et statut socioéconomique dans les régions ayant un fort pourcentage de Premières Nations. Rapports sur la santé, 2014, vol. 25, n° 2, p. 3.

(31) Falster MO, Randall DA, Lujic S, Ivers R, Leyland AH, Jorm LR. Disentangling the impacts of geography and Aboriginality on serious road transport injuries in New South Wales. Accident Analysis & Prevention. 2013;54:32-8.

(32) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport technique : révisé en juillet 2016 [Internet]. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2016 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_fr.pdf.

(33) Laflamme L, Burrows S and Hasselberg M. Socioeconimic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potnetial countermeasures. Copenhagen: World Health Organization; 2009 [document consulté le 31 juillet 2017].

(34) Zimmerman Emily B, Woolf Steven H, Haley Amber. Understanding the relationship between education and health: A review of the evidence and examination of community perspectives [Internet]. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality; 2015 [mise à jour en septembre 2015]. Accessible à l'adresse : https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/population-health/zimmerman.html.

(35) Lawson F, Schuurman N, Amram O, Nathens AB. A geospatial analysis of the relationship between neighbourhood socioeconomic status and adult severe injury in Greater Vancouver. Inj Prev. 2015 BMJ Publishing Group Ltd;21(4):260-5.

(36) Borrell C, Plasencia A, Huisman M, Costa G, Kunst A, Andersen O, *et al.* Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. Inj Prev. 2005 Jun;11(3):138-42.

(37) Kmet L, Brasher P, Macarthur C. A small area study of motor vehicle crash fatalities in Alberta, Canada. Accident Analysis and Prevention. 2003;35(2):177-82.

ISSUES DE SANTÉ

MALADIE MENTALE

INÉGALITÉS RELATIVES
À LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE AU SUICIDE AU CANADA

POINTS SAILLANTS

- Il existe un gradient socioéconomique clair en matière de suicide, les taux augmentent à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent et que la défavorisation sociale et matérielle augmente.
- Dans les régions ayant une forte concentration de personnes se déclarant Inuits, membres des Premières Nations et Métis, les taux de suicide sont respectivement 6,5, 3,7 et 2,7 fois plus élevés que dans les régions présentant une faible concentration de personnes se déclarant Autochtones. Cela représente respectivement 61,0, 29,2 et 18,6 décès de plus attribuables au suicide pour 100 000 personnes.
- Les taux de suicide sont particulièrement élevés chez les hommes qui vivent dans des régions où une grande partie des habitants sont des Inuits (118,2 décès pour 100 000). Cela équivaut à 100,9 décès par suicide de plus pour 100 000 personnes.
- Le taux de suicide chez les hommes est 3,3 fois plus élevé que chez les femmes. Cela équivaut à 12,3 décès par suicide de plus pour 100 000 personnes. Le taux est systématiquement plus élevé chez les hommes dans l'ensemble des stratificateurs sociaux.
- Ce sont les adultes d'âge moyen qui affichent les taux de suicide les plus élevés.
- Dans les régions les plus défavorisées sur le plan social *et* matériel, le taux de suicide est 2,7 fois plus élevé que dans les régions les moins défavorisées. Cela représente 13,5 décès de plus attribuables au suicide pour 100 000 personnes.
- Le taux de suicide dans les régions éloignées était 1,9 fois plus élevé que dans les grandes villes. Cela équivaut à 10,7 décès par suicide de plus pour 100 000 personnes.

ACRONYME	NOM COMPLET
IC	Intervalles de confiance
LGBT	Lesbienne, gai, bisexuel, transgenre
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

En moyenne, plus de 10 Canadiens se suicident chaque jour et on compte près de 4 000 décès par suicide au Canada chaque année (1). Le suicide constitue la neuvième cause de décès en importance au Canada et vient au deuxième rang des causes de décès chez les Canadiens de 15 à 34 ans (2).

Comme les taux de mortalité liés aux collisions de véhicules motorisés ont diminué et que les taux de décès par suicide ont peu changé, le suicide est maintenant aussi la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans (3).

Le suicide a des effets dévastateurs sur les familles, les amis, les collègues et les collectivités. Pour chaque personne qui s'enlève la vie, on estime qu'au moins 7 à 10 personnes sont profondément affectées par la perte de cette personne (4). Le suicide a également une incidence économique importante : le fardeau économique des blessures auto-infligées a été estimé à 2,96 milliards de dollars en 2010 (5).

Le suicide est un problème complexe, et aucun facteur unique ne peut l'expliquer ou le prédire. Bien que le suicide puisse toucher tout le monde, certains groupes présentent des taux de suicide plus élevés que les autres. Divers facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociétaux influent sur les risques de tentative de suicide et de décès par suicide (6). Les maladies mentales, la consommation d'alcool et de drogues et les dépendances constituent d'importants facteurs de risque du suicide (7). Bien que la plupart des personnes qui se suicident aient souffert de maladie mentale (8), la majorité des gens qui ont une maladie mentale ne mourront pas par suicide. Les déterminants sociaux de la santé, y compris les identités sociales (p. ex. le sexe ou le genre, l'origine raciale ou culturelle, le revenu), l'accès aux ressources, la violence familiale, les conflits interpersonnels, l'exposition à des traumatismes et le manque de lien avec la collectivité sont également des facteurs de risque (9). Cela se traduit par d'importantes inégalités sociales en ce qui concerne le suicide au Canada.

Par conséquent, le suicide a été retenu comme l'un des indicateurs des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur le suicide sont tirées de la Base canadienne de données sur la mortalité (2009-2011) et s'appuient sur les renseignements des certificats de décès. Les sources de données administratives n'offrent pas beaucoup de précisions d'ordre démographique et socioéconomique à l'échelle individuelle. Des mesures de type géographique ont été calculées à l'échelle des aires de diffusion, en utilisant des données provenant du Recensement de 2006, afin de fournir des mesures des inégalités en fonction de stratificateurs sociaux. Par conséquent, ces résultats s'appliquent à l'échelle des aires de diffusion et non à celle des personnes. L'analyse sur les décès par suicide comprend les personnes de tout âge, et les taux ont été standardisés en fonction de l'âge d'après le Recensement de la population de 2011.

Les inégalités relatives au taux de suicide ont été évaluées en fonction de stratificateurs sociaux répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques, soit l'âge et le sexe ou le genre, et en fonction de six stratificateurs de type géographique (le revenu, le niveau de scolarité, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, la résidence en milieu urbain ou rural, et la défavorisation sociale et matérielle).

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (10). Les inégalités propres au sexe et au genre ont été calculées pour les mesures de type géographique, mais ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de taux, différence de taux, fraction attribuable, taux attribuable dans la population, fraction attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

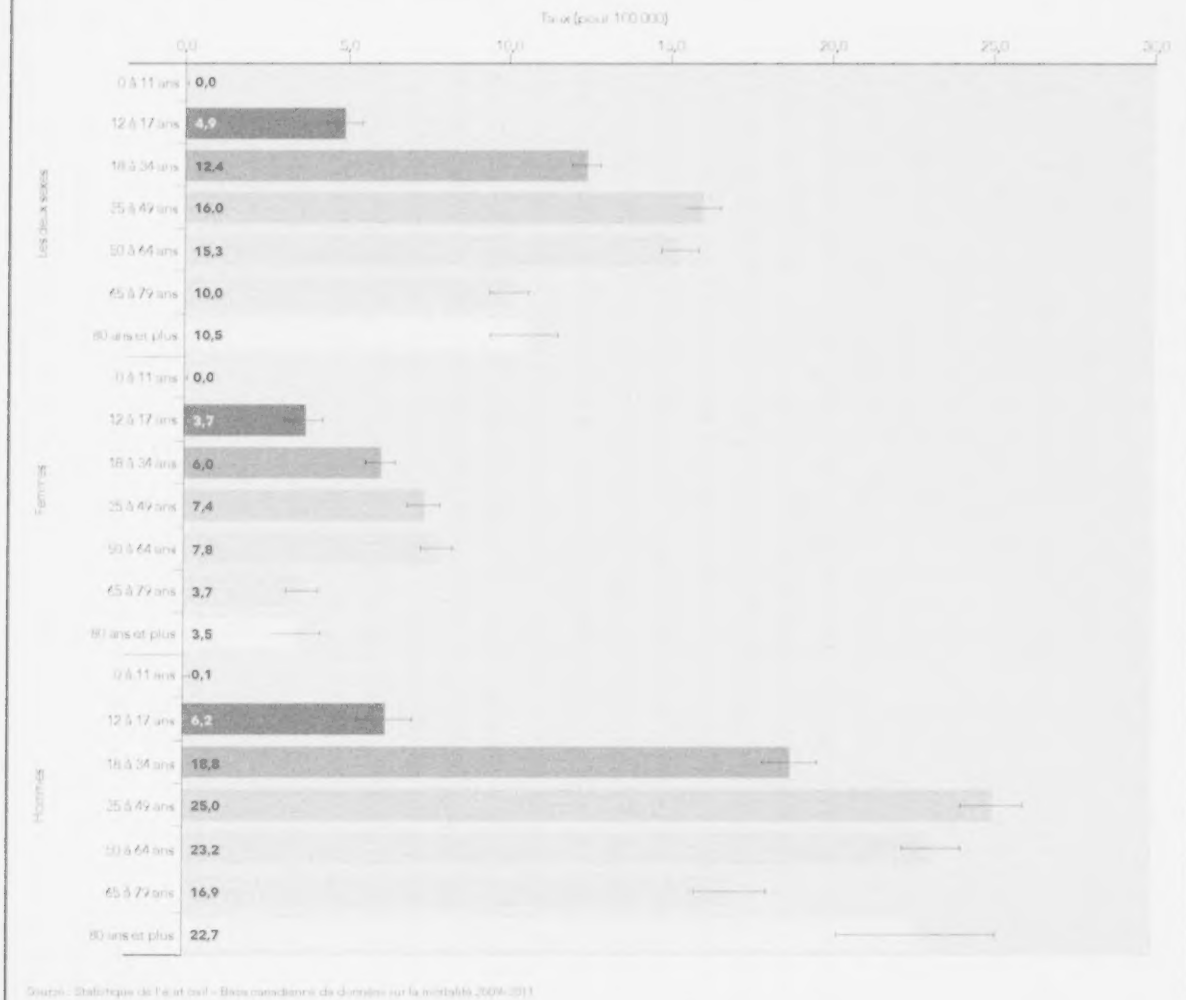
En 2009-2011, le taux de décès par suicide était de 11,3 pour 100 000 Canadiens. D'importantes inégalités ont été observées entre tous les groupes sociaux sur le plan des décès par suicide; elles sont décrites ci-dessous. Le taux de suicide était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, pour l'ensemble des stratificateurs sociaux. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Âge

À l'échelle nationale, les taux de suicide en fonction de l'âge varient considérablement. Chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans, le taux de suicide était de 4,9 (IC à 95 % : 4,4–5,5) pour 100 000 personnes. Le taux passait à 12,4 (IC à 95 % : 12,0–12,9) pour 100 000 personnes chez les adultes âgés de 18 à 34 ans. Les taux de suicide étaient les plus élevés chez les adultes de 35 à 49 ans, avec 16,0 (IC à 95 % : 15,5–16,6) pour 100 000 personnes, et les adultes de 50 à 64 ans, avec 15,3 (IC à 95 % : 14,8–15,9) pour 100 000 personnes. Les taux de suicide étaient moins élevés chez les 65 à 79 ans, avec 10,0 (IC à 95 % : 9,4–10,6) pour 100 000 personnes, et chez les personnes de 80 ans et plus, avec 10,5 (IC à 95 % : 9,5–11,6) pour 100 000 personnes (figure 1).

FIGURE 1

Taux de mortalité attribuable au suicide selon les groupes d'âge et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



Source : Statistique de l'état civil – Bases canadiennes de données sur la mortalité 2009–2011

Sexe ou genre

Puisque les taux de décès par suicide sont présentés pour tous les groupes d'âge, les résultats comprennent les données pour les enfants, les jeunes et les adultes. Le taux de suicide chez les hommes est 3,3 (IC à 95 % : 3,1–3,4) fois plus élevé que chez les femmes. Le taux de suicide était de 17,7 (IC à 95 % : 17,3–18,1) pour 100 000 chez les hommes, par rapport à 5,4 (IC à 95 % : 5,2–5,6) pour 100 000 chez les femmes (figure 2).

Si les taux de suicide des hommes étaient les mêmes que ceux des femmes, on compterait 1 989 décès par suicide de moins au Canada chaque année.

Peuples autochtones

Les taux de suicide dans les régions ayant une forte concentration d'Inuits, de membres des Premières Nations et de Métis étaient plus élevés que dans les régions présentant une faible concentration de personnes se déclarant Autochtones : 6,5 (IC à 95 % : 5,5–7,8) fois plus élevé dans les régions ayant une forte concentration d'Inuits; 3,7 (IC à 95 % : 3,3–4,0) fois plus élevé dans les régions ayant une forte concentration de membres des Premières Nations; 2,7 (IC à 95 % : 2,1–3,5) fois plus élevé dans les régions ayant une forte concentration de Métis. Cela représente respectivement 61, 29 et 19 décès par suicide de plus pour 100 000 personnes (figure 3).

Si les taux de suicide étaient les mêmes dans les régions ayant une forte concentration d'Inuits, de membres des Premières Nations et de Métis que chez les non-Autochtones, les taux de suicide seraient réduits de 84,7 % (IC à 95 % : 81,8–87,2) pour les Inuits, de 72,6 % (IC à 95 % : 69,8–75,2) pour les membres des Premières Nations, et de 62,8% (IC à 95 % : 52,3–71,1) pour les Métis.

Les inégalités relatives au taux de suicide en fonction de l'identité et du sexe ou du genre étaient plus prononcées dans les régions présentant une forte concentration d'Inuits. Le taux de suicide des hommes inuits était de 118,2 pour 100 000, soit un taux cinq fois plus élevé que celui des femmes inuites, qui s'élevait à 24,5 pour 100 000 (figure 3).

Statut d'immigrant

Les taux de suicide étaient inférieurs de 42,4 % (IC à 95 % : 38,0–46,5 %) dans les régions où la proportion de résidents nés à l'étranger était élevée, par rapport aux régions présentant une faible concentration de résidents nés à l'étranger.

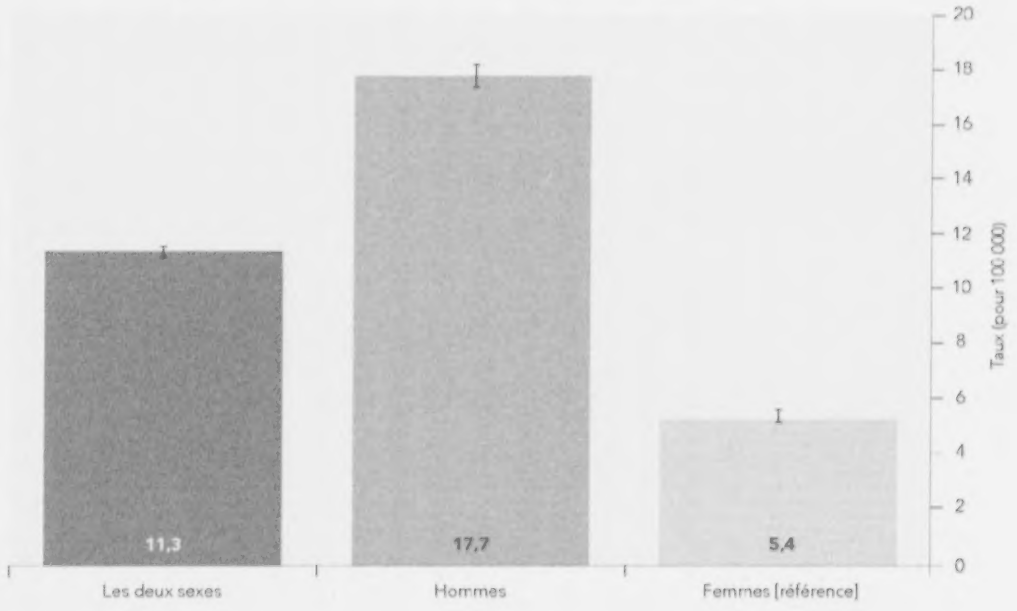
Si le taux de suicide dans les régions à faible proportion de personnes nées à l'étranger était le même que le taux dans les régions à forte proportion de personnes nées à l'étranger, on observerait une baisse de 32,9 % (IC à 95 % : 29,5–36,5 %) du taux de suicide national. Cela se traduirait en théorie par 1 197 (IC à 95 % : 1 034–1 375) décès par suicide de moins par année au Canada (annexe 1).

Revenu

Le rapport entre le revenu et le taux de suicide était inverse : à mesure que le revenu diminuait, les taux de suicide augmentaient, en particulier chez les hommes. Au Canada, le taux de suicide chez les personnes se trouvant dans le quintile de revenu le plus faible était de 15,9 (IC à 95 % : 15,3–16,5) pour 100 000. Ce taux était 1,8 fois plus élevé que celui des personnes se trouvant dans le quintile de revenu le plus élevé. Si le taux de suicide des personnes se trouvant dans le quintile de revenu le plus faible était le même que celui des personnes se trouvant dans le quintile de revenu le plus élevé, le taux de suicide des personnes se trouvant dans le quintile des revenus les plus faibles serait réduit de 44,0 % (IC à 95 % : 40,6–47,2 %) (figure 4).

FIGURE 2

Taux de mortalité attribuable au suicide selon le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011

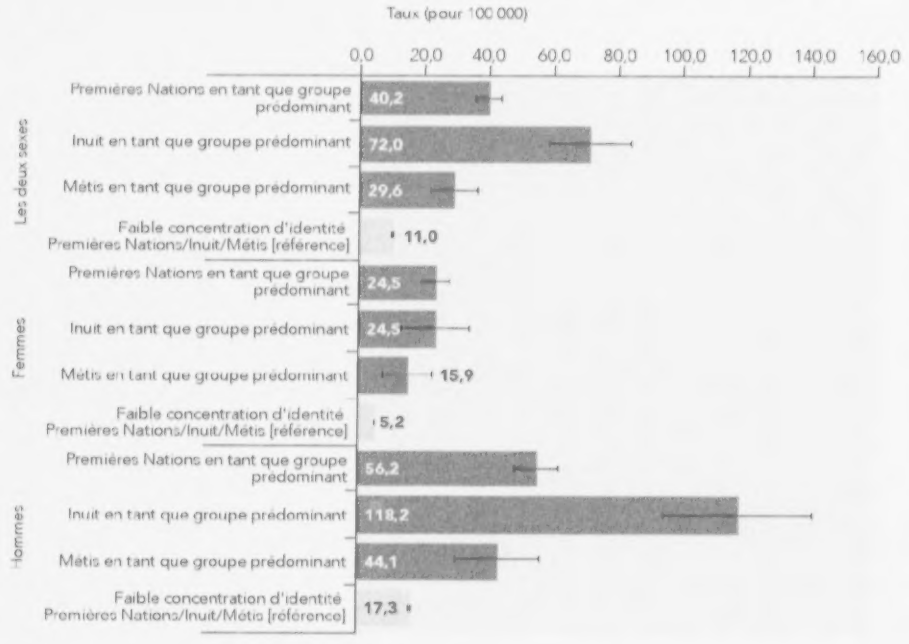


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Hommes	3,3*	12,3*	69,5*	52,6*	5,9*	1 989*
Femmes [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité 2009–2011

FIGURE 3

Taux de mortalité attribuable au suicide selon l'identité autochtone et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011

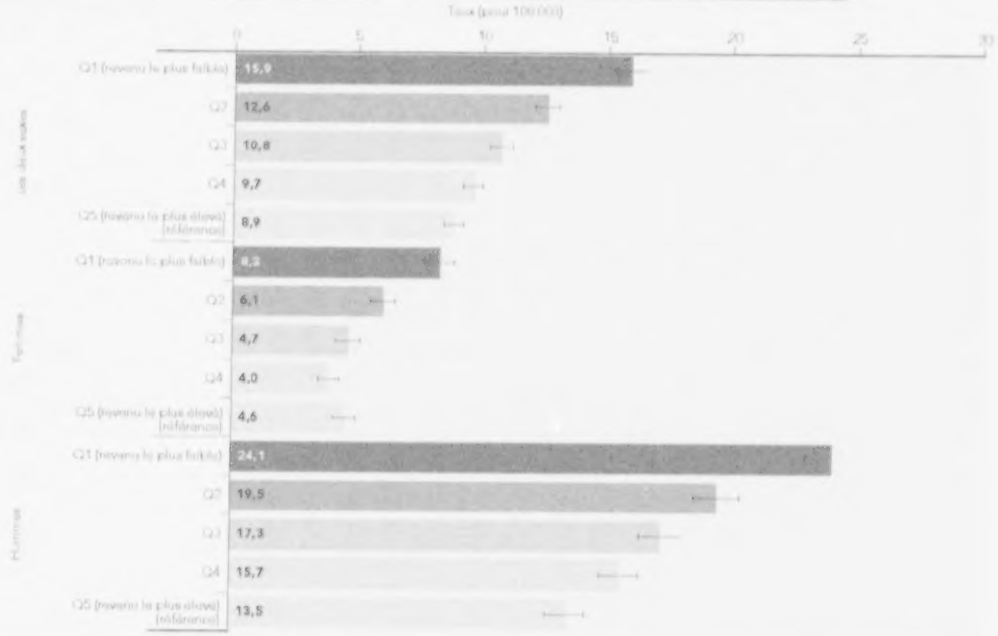


LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations en tant que groupe prédominant	3,7*	29,2*	72,6*	2,8*	0,3*	105*
Inuit en tant que groupe prédominant	6,5*	61,0*	84,7*	1,0*	0,1*	37*
Métis en tant que groupe prédominant	2,7*	18,6*	62,8*	0,3*	0,0*	13*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	4,7*	19,3*	78,6*	4,1*	0,2*	38*
Inuit en tant que groupe prédominant	4,7*	19,3*	78,8*	0,7*	0,0*	7*
Métis en tant que groupe prédominant	3,1*	10,7*	67,3*	0,5*	0,0*	4*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	3,2*	38,9*	69,2*	2,4*	0,4*	68*
Inuit en tant que groupe prédominant	6,8*	100,9*	85,4*	1,1*	0,2*	31*
Métis en tant que groupe prédominant	2,5*	26,8*	60,6*	0,3*	0,1*	9*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique : de l'identité autochtone tirées du Recensement de la population de 2006.
Groupe prédominant : ≥ 33% des résidents de l'aire de diffusion déclarant une identité autochtone avec une majorité appartenant au groupe indiqué.
Source : Statistique de l'état civil – Bases canadiennes de données sur la mortalité 2009–2011.

FIGURE 4

Taux de mortalité attribuable au suicide selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	1,8*	7,0*	44,0*	11,5*	1,3*	431*
Q2	1,4*	3,7*	29,4*	6,3*	0,7*	237*
Q3	1,2*	1,9*	17,6*	3,4*	0,4*	126*
Q4	1,1*	0,8*	8,2*	1,4*	0,2*	54*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,8*	3,7*	44,6*	12,7*	0,7*	115*
Q2	1,3*	1,5*	24,6*	5,4*	0,3*	49*
Q3	1,0	0,1	2,1	0,4	0,0	3
Q4	0,9	−0,6	NA	NA	NA	NA
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,8*	10,6*	44,0*	11,2*	2,0*	317*
Q2	1,4*	6,0*	30,8*	6,6*	1,2*	188*
Q3	1,3*	3,8*	22,0*	4,3*	0,8*	123*
Q4	1,2*	2,2*	14,0*	2,6*	0,5*	73*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
Q : Quintile
* : Significativement différente de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Mesures de type géographique : des quintiles de revenu tirées du Recensement de la population de 2006
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité 2009–2011

Niveau de scolarité

On a observé un gradient d'inégalités inverse entre le niveau de scolarité et le taux de suicide, ce dernier augmentant à mesure que le niveau de scolarité diminue. Chez les personnes vivant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible, le taux de suicide était de 15,0 décès (IC à 95 % : 14,4–15,5) pour 100 000 personnes. Cela représente un taux 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,7) fois supérieur au taux des personnes résidant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus élevé.

Si le taux de suicide chez les personnes vivant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible était le même que chez les personnes vivant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus élevé, on constaterait 357 (IC à 95 % : 299–417) décès par suicide de moins par année au Canada (annexe 1).

Défavorisation matérielle et sociale

On note des gradients d'inégalités nets entre le taux de suicide et la défavorisation matérielle et sociale[19], les taux de suicide augmentant à mesure que la défavorisation augmente. Chez les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées au plan matériel, où l'on compte la plus forte proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, les taux de chômage les plus élevés et les revenus moyens les plus faibles, le taux de suicide était de 14,8 décès (IC à 95 % : 14,2–15,4) pour 100 000 personnes. Ce taux était 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,7) fois supérieur au taux de suicide dans les régions les moins défavorisées.

Si le taux de suicide chez les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel était le même que celui des personnes vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel, il y aurait une réduction de 39,2 % (IC à 95 % : 35,4–42,7 %) du taux de suicide chez les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel (annexe 1).

De la même manière, chez les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social, où l'on retrouve les plus fortes concentrations de personnes vivant seules, de familles monoparentales et de personnes séparées, veuves ou divorcées, le taux de suicide était de 15,2 décès (IC à 95 % : 14,7–15,8) pour 100 000 personnes. Cela correspond à 1,7 (IC à 95 % : 1,6–1,9) fois le taux de suicide chez les personnes vivant dans les régions les moins défavorisées sur le plan social. Cette inégalité relative au suicide en fonction de la défavorisation sociale était plus prononcée chez les hommes. Les taux de suicide chez les femmes vivant dans les régions les plus défavorisées sur le plan social et dans les régions occupant la deuxième place des régions les plus défavorisées sur le plan social étaient respectivement de 8,3 (IC à 95 % : 7,7–8,9) et 6,1 (IC à 95 % : 5,6–6,6) pour 100 000, alors que les taux de suicide chez les hommes vivant dans ces régions étaient respectivement de 23 (IC à 95 % : 22–24) et 19 (IC à 95 % : 18,1–19,9) pour 100 000 (annexe 1).

Dans les régions les plus défavorisées sur le plan social *et* matériel, le taux de suicide était de 21,3 décès (IC à 95 % : 19,8–22,8) pour 100 000 personnes. Cela représente un taux 2,7 (IC à 95 % : 2,4–3,1) fois supérieur à celui des régions les moins défavorisées (figure 5).

Résidence en milieu urbain ou rural

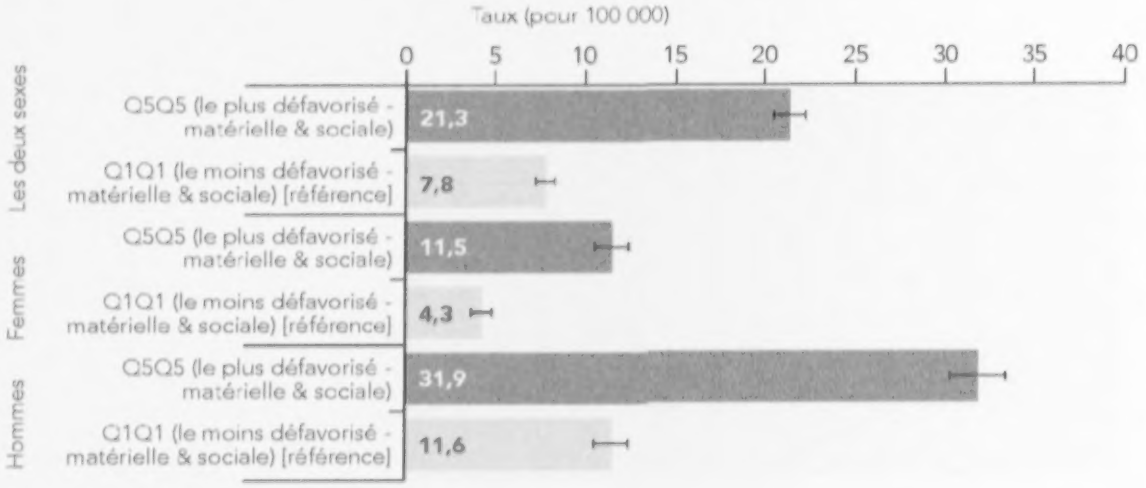
Le taux de suicide le plus élevé, à savoir 22,0 décès (IC à 95 % : 20,8–23,4) pour 100 000, a été relevé chez les personnes vivant dans des régions éloignées[20], tandis que le taux le plus faible, avec 8,8 décès (IC à 95 %: 8,5–9,2) pour 100 000 personnes, a été observé à Toronto, Montréal et Vancouver. Le taux de suicide chez les personnes vivant à Toronto, Montréal et Vancouver était 0,8 (IC à 95 % : 0,74–0,82) fois supérieur à celui relevé chez les personnes vivant dans les autres grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal ou Vancouver) (figure 6).

19. Pour obtenir une définition de l'indice de défavorisation, consultez le chapitre Méthodologie.

20. Pour obtenir une définition des sous-groupes de la résidence en milieu urbain/rural, consultez le chapitre Méthodologie.

FIGURE 5

Taux de mortalité attribuable au suicide selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011

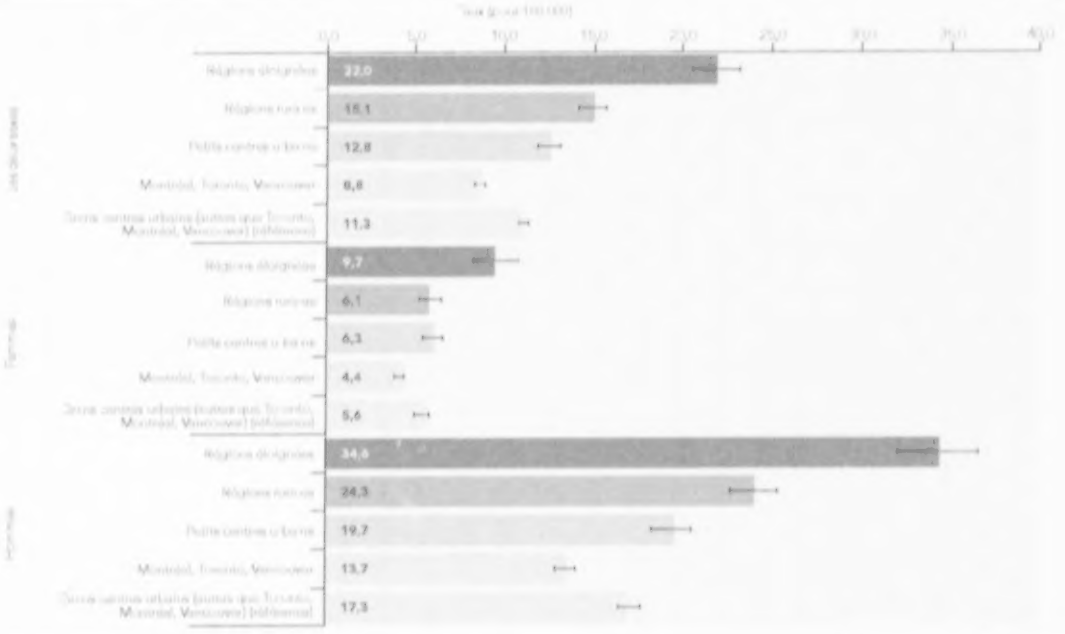


LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFERENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q5Q5 (le plus défavorisé - matérielle & sociale)	2,7*	13,5*	63,4*	4,5*	0,5*	162*
Q1Q1 (le moins défavorisé - matérielle & sociale) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q5Q5 (le plus défavorisé - matérielle & sociale)	2,7*	7,2*	62,6*	5,0*	0,3*	44*
Q1Q1 (le moins défavorisé - matérielle & sociale) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q5Q5 (le plus défavorisé - matérielle & sociale)	2,8*	20,3*	63,8*	4,3*	0,7*	117*
Q1Q1 (le moins défavorisé - matérielle & sociale) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique : de l'indice de défavorisation tirées du Recensement de la population de 2006
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité 2009–2011

FIGURE 6

Taux de mortalité attribuable au suicide selon la résidence en milieu rural ou urbain et le sexe ou le genre, Canada, 2009–2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FAS)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPR*)
Régions éloignées	1,9*	10,7*	48,6*	4,9*	0,6*	186*
Régions rurales	1,3*	3,8*	25,2*	3,8*	0,4*	143*
Petits centres urbains	1,1*	1,5*	11,7*	1,7*	0,2*	63*
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	-2,5*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal, Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Régions éloignées	1,7*	4,1*	42,3*	3,8*	0,2*	35*
Régions rurales	1,1	0,5	8,2	1,0	0,1	10
Petits centres urbains	1,1*	0,7*	11,1*	1,6*	0,1	15
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	-1,2*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal, Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Régions éloignées	2,0*	17,3*	50,0*	5,2*	0,9*	150*
Régions rurales	1,4*	7,0*	28,8*	4,6*	0,8*	131*
Petits centres urbains	1,1*	2,4*	12,2*	1,7*	0,3*	49*
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	-3,6*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal, Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable.
*: Significativement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après la Recensement de la population de 2011.
Source : Statistique de l'état civil – Base canadienne de données sur la mortalité, 2009–2011

D'APRÈS D'AUTRES ÉTUDES : INÉGALITÉS RELATIVES AUX COMPORTEMENTS LIÉS AU SUICIDE ET AUX TAUX DE SUICIDE EN FONCTION DE L'ETHNICITÉ, DES INCAPACITÉS ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE

- Puisque les données concernant l'ethnicité, l'incapacité et les identités LGBT ne sont pas disponibles dans la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, les taux de suicide n'ont pas pu être stratifiés pour ces variables.
- Une méta-analyse de 25 études internationales basées sur la population a révélé que les tentatives de suicide sont quatre fois plus fréquentes chez les hommes gais et bisexuels que chez les hommes hétérosexuels, et deux fois plus fréquentes chez les femmes lesbiennes et bisexuelles que chez les femmes hétérosexuelles (11).
- Le manque de données à l'échelle nationale sur les taux de suicide chez les membres des communautés LGBT au Canada perdure, en dépit des preuves croissantes des inégalités auxquelles font face les communautés LGBT au Canada et ailleurs dans le monde (12). Une désagrégation régulière des données portant sur le suicide à l'échelle de la population en fonction des identités LGBT pourrait permettre de mieux comprendre les inégalités auxquelles sont confrontées ces communautés et d'agir à cet égard.
- Un examen systématique des facteurs de risque liés à l'automutilation et au suicide au sein de différents groupes ethniques au Royaume-Uni a mis en évidence des différences significatives entre les groupes ethniques en ce qui concerne les taux d'automutilation. Les hommes asiatiques étaient les moins susceptibles de s'automutiler; les femmes de race noire étaient les plus susceptibles de le faire. Ces différences ethniques peuvent être causées par des facteurs tels que les pressions culturelles et la prévalence de la maladie mentale (13).
- Un examen systématique des tendances suicidaires chez les personnes souffrant de handicap intellectuel a permis de déterminer que les facteurs de risque les plus fréquemment signalés combinaient des difficultés en matière de santé mentale avec un degré de handicap intellectuel (14). Un autre examen systématique de grande ampleur portant sur le rapport entre la maladie physique ou l'incapacité fonctionnelle et le comportement suicidaire chez les adultes de 65 ans et plus a révélé que le comportement suicidaire était associé à l'incapacité fonctionnelle et à de nombreuses conditions telles que les affections malignes, les troubles neurologiques, la douleur, la maladie pulmonaire obstructive chronique, les maladies du foie et l'arthrite (15).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les cas de suicides peuvent ne pas être déclarés correctement étant donné que les définitions varient et que les causes des décès ne sont pas toujours déterminées. Le stigmate associé au suicide peut également avoir un effet sur le signalement des cas (16). Par conséquent, la sous-déclaration des décès par suicide constitue une limite importante. Selon certaines études, entre 10 et 30 % des décès par suicide pourraient être sous-reportés au Canada en raison d'une mauvaise classification (17). Par ailleurs, il peut exister des différences liées au sexe ou au genre en ce qui concerne la sous-déclaration des décès par suicide, avec des taux plus élevés de sous-déclaration chez les femmes (18).

Les données sur le suicide n'ont pas été stratifiées en fonction de diverses sous-populations chez lesquelles les taux de suicide sont plus élevés par rapport à la population générale (p. ex., en fonction des incapacités, de l'orientation sexuelle, de la race ou l'ethnicité) (19,20). Par conséquent, il existe des lacunes dans les résultats relatifs aux inégalités en matière de suicide pour ces groupes (voir l'encadré « D'après d'autres études : Inégalités relatives aux comportements liés au suicide et aux taux de suicide en fonction de l'ethnicité, des incapacités et de l'orientation sexuelle »).

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (10), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Les mesures de type géographique utilisées pour définir les groupes sociaux sont agrégées à l'échelle des aires de diffusion. Compte tenu du fait que cela repose sur l'hypothèse selon laquelle les groupes sociodémographiques et socioéconomiques sont uniformes, il existe un risque de biais d'erreur de classification et de sous-estimation des inégalités. Bien que le sens des disparités soit le même dans les études utilisant des mesures de type géographique et dans les études utilisant des mesures à l'échelle individuelle, les études ont démontré que l'ampleur de ces disparités varie, et qu'elles sont beaucoup plus importantes à l'échelle individuelle (21). De plus, les mesures quantifient les inégalités chez des groupes sociaux qui sont définis d'une manière largement agrégée. Par exemple, les données concernant les résidents nés à l'étranger en tant que groupe ne permettent pas de voir les différences entre les groupes culturels : les études indiquent que le statut d'immigrant constitue globalement un facteur de protection à l'égard du suicide (22,23), mais elles précisent également que les taux de suicide varient selon le pays d'origine (23,24) (voir les renseignements concernant les mesures de type géographique).

DISCUSSION

Le suicide est une cause importante de décès prématurés et évitables au Canada. En 2012 seulement, on a dénombré 3 926 décès par suicide au Canada, ce qui représente un taux de 10,4 décès pour 100 000 personnes. La même année, 13 438 hospitalisations ont été associées à des blessures auto-infligées au Canada (hormis le Québec) (25). Cependant, des différences considérables ont été notées chez plusieurs groupes de populations en ce qui a trait aux taux de suicide, avec des inégalités plus prononcées selon le statut socioéconomique, l'identité autochtone, le statut d'immigrant et le sexe ou le genre.

Les taux de suicide étaient les plus faibles chez les enfants et les jeunes. Les taux les plus élevés touchaient les adultes d'âge moyen (de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans) des deux sexes, et les hommes plus âgés (80 ans et plus). Les taux de suicide étaient significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge. D'autres études ont démontré que les taux de suicide les plus élevés touchaient les adultes d'âge moyen (de 40 à 59 ans), et davantage les hommes que les femmes à tout âge (1). Les recherches ont aussi révélé que, même si les taux de suicide étaient inférieurs chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans par rapport aux personnes plus âgées, le suicide demeurait l'une des principales causes de décès chez les jeunes (3).

Les différences liées au sexe et au genre en ce qui a trait aux comportements suicidaires représentent un facteur important. Alors que les hommes présentent des taux de décès par suicide plus élevés que les femmes, les taux de tentatives de suicide sont trois à quatre fois plus élevés chez les femmes au Canada (1) et à l'échelle internationale (26). De plus, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont 1,5 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (25). Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les hommes ont davantage recours à des méthodes plus violentes (25). Les hommes peuvent être également plus vulnérables

au suicide en raison des normes culturelles entourant la masculinité, notamment l'idéalisation de l'autonomie excessive, qui peut mener à des formes extrêmes d'exclusion sociale (27). Les différences en fonction du sexe ou du genre, en ce qui concerne les comportements liés à la santé, peuvent également constituer un facteur. Par exemple, parmi les personnes diagnostiquées de troubles anxieux ou de l'humeur en 2015, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de parler de leur santé mentale ou émotionnelle avec un professionnel de la santé (28).

Les taux de décès par suicide au Canada se situent environ au milieu de la fourchette des taux des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (16). Dans l'ensemble de ces pays, les taux de suicide chez les hommes étaient environ trois à quatre fois plus élevés que chez les femmes (16). Tout comme au Canada, où des taux de suicide plus élevés étaient observés dans les régions où la population présentait le niveau de scolarité le moins élevé, on a constaté dans certains pays européens des taux de suicide supérieurs chez les hommes présentant un faible niveau de scolarité. Cependant, cette tendance ne s'appliquait pas aux femmes dans tous les pays (29).

Les taux de suicide sont près de quatre fois supérieurs dans les régions où une grande partie de la population se déclare Autochtone, bien qu'on note une hétérogénéité importante entre les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits. En particulier, les hommes qui vivent dans une région ayant une forte concentration de personnes se déclarant Inuits présentent des taux de suicide disproportionnellement élevés par rapport aux autres groupes. Des recherches antérieures ont démontré que les taux de suicide variaient considérablement au sein des communautés des Premières Nations, ce qui peut s'expliquer par certains marqueurs de la continuité culturelle (30). Par exemple, les taux de suicide chez les jeunes dans 200 communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique variaient fortement selon la communauté : plus de la moitié des communautés n'ont signalé aucun décès par suicide chez les jeunes au cours des cinq années de l'étude (31). Des variations similaires ont été constatées entre les communautés inuites en ce qui concerne les taux de suicide chez les jeunes (32). Enfin, les taux de suicide dans les communautés métisses du Manitoba varient également selon la région de résidence (33).

Bien que les taux d'incidence et les facteurs de protection et de risque associés au suicide varient considérablement entre les presque 200 communautés autochtones de la Colombie-Britannique, certains facteurs de protection ont été jugés particulièrement pertinents pour les communautés des Premières Nations. Ces facteurs comprennent les liens avec la communauté, la connaissance des enseignements traditionnels, l'autonomie gouvernementale (y compris l'autonomie en ce qui concerne les terres, la santé, l'éducation et la langue) et l'accès aux services essentiels tels que les services de police, d'incendie et de logement (30,31,34).

L'expérience du colonialisme est un facteur important dont il faut tenir compte pour comprendre pourquoi les taux de suicide sont plus élevés dans les communautés autochtones au Canada. Ces communautés ont vécu des expériences traumatisantes individuelles et collectives qui ont eu des répercussions sur plusieurs générations : déplacement forcé des familles, pensionnats indiens, mise à l'écart, perturbation du mode de vie traditionnel, oppression culturelle, perte d'autonomie, dévalorisation systématique de l'identité autochtone et perte du lien avec la terre (35).

Les taux de suicide sont significativement plus faibles dans les régions présentant une forte concentration de résidents nés à l'étranger. Ce constat concorde avec les recherches qui indiquent que les taux de mortalité par suicide ajustés en fonction de l'âge sont près de deux fois moins élevés chez les immigrants de première génération que chez les personnes nées au Canada, avec 7,9 décès contre 13,3 décès pour 100 000 personnes entre 1995 et 1997 (23). Ce résultat peut s'expliquer par les critères de sélection utilisés

lors du processus d'immigration, puisque les immigrants sont notamment sélectionnés en fonction de critères liés à leur état de santé. Il peut également être attribuable à une sous-déclaration des décès par suicide dans cette population (23). On possède moins d'information sur les taux de suicide chez les immigrants et les réfugiés vivant au Canada depuis longtemps, mais des éléments probants laissent à penser que les réfugiés sont plus susceptibles de souffrir de trouble de stress post-traumatique, lequel constitue un facteur de risque du suicide et des comportements associés au suicide (36).

Des inégalités importantes ont également été relevées entre les groupes socioéconomiques en ce qui concerne les taux de suicide. Le niveau de scolarité et le revenu sont inversement reliés aux taux de suicide, les décès par suicide augmentant à mesure que le niveau de scolarité et le revenu diminuent. Des taux de suicide plus élevés ont été observés de manière uniforme chez les personnes qui vivent dans des régions présentant de faibles niveaux de scolarité et de revenu, et dans des régions où les niveaux de pauvreté et de défavorisation sont élevés (37). De manière similaire, les taux de suicide étaient supérieurs dans les régions présentant des niveaux élevés de défavorisation matérielle et sociale, par rapport aux régions où la défavorisation matérielle et sociale est faible. Des études canadiennes ont révélé que l'augmentation du niveau de défavorisation du quartier était associée à un nombre accru de tentatives de suicide et des décès par suicide (38,39). D'autres études démontrent que les inégalités relatives au taux de suicide associées à la défavorisation matérielle se sont accentuées avec le temps au Canada (40).

Les interactions complexes des facteurs de risque qui ont une incidence sur la mortalité attribuable au suicide rendent difficiles les explications ou les projections. Des inégalités relatives aux décès par suicide ont été observées avec de nombreux stratificateurs sociaux, dont l'âge, le fait de vivre dans une région éloignée et le fait de vivre dans une région ayant une forte concentration d'Autochtones. Il existe un gradient socioéconomique clair en matière de suicide, les taux augmentant à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent et que la défavorisation sociale et matérielle augmente. On note également la présence de facteurs de risques individuels, y compris la maladie mentale, la consommation d'alcool et de drogues, et les dépendances. Cependant, ces facteurs sont influencés par l'environnement social, économique et physique, y compris par l'emploi, le climat économique et le logement (41). Bien qu'elle soit largement ignorée dans les évaluations théoriques des approches en matière de prévention du suicide et dans l'élaboration des stratégies nationales de lutte contre le suicide (41), la mesure systématique des inégalités en matière de santé chez les Canadiens qui se sont suicidés ou qui ont tenté de le faire permettra d'éclairer et de renforcer les mesures d'intervention visant à réduire ces inégalités et leurs effets. Bien que l'objectif ultime des initiatives de surveillance et des programmes dans ce domaine consiste à prévenir le suicide au sein de tous les groupes de population, il est essentiel de s'attaquer aux inégalités relevées au moyen d'interventions stratégiques pouvant avoir des effets sur des facteurs plus généraux. La surveillance continue de ces inégalités en matière de santé au sein des groupes sociodémographiques et socioéconomiques permettra à son tour d'éclairer les programmes, les politiques et la recherche, maintenant et dans l'avenir.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour le taux de mortalité attribuable au suicide pour 100 000. Source des données : BCDM 2009–2011

Stratificateurs sociaux		Taux standardisé selon l'âge pour 100 000			Ratio de taux (RT)			Différence de taux (DT) pour 100 000			Fraction attribuable (FA%)			Fraction attribuable dans la population (FAP%)			Taux attribuable dans la population (TAP) pour 100 000			Nombre de personnes à risque dans la population (NPRP)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Global	Les deux sexes	11,3	5,4	17,4	NA									NA								
Groupes de population																						
Sexe/genre	Hommes	17,7	NA		3,3 *	NA	NA	12,3 *	NA	NA	69,5 *	NA	NA	52,6 *	NA	NA	5,9 *	NA	NA	1 989 *	NA	NA
	Femmes (référence)	5,4			Référence																	
Groupe autochtone prédominant (mesure de type géographique)	Premières Nations en tant que groupe prédominant	40,2	24,5	56,2	3,7 *	4,7 *	3,2 *	29,2 *	19,3 *	38,9 *	72,6 *	78,8 *	69,2 *	2,8 *	4,1 *	2,4 *	0,3 *	0,2 *	0,4 *	105 *	38 *	68 *
	Inuit en tant que groupe prédominant	72,0	24,5	118,2	6,5 *	4,7 *	6,8 *	61,0 *	19,3 *	100,9 *	84,7 *	78,8 *	85,4 *	1,0 *	0,7 *	1,1 *	0,1 *	0,0 *	0,2 *	37 *	7 *	31 *
	Métis en tant que groupe prédominant	29,6	15,9	44,1	2,7 *	3,1 *	2,5 *	18,6 *	10,7 *	26,8 *	62,8 *	67,3 *	60,0 *	0,3 *	0,5 *	0,3 *	0,0 *	0,0 *	0,1 *	12 *	4 *	9 *
	Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis (référence)	11,0	5,2	17,3	Référence																	
Statut d'immigrant (mesure de type géographique)	Proportion faible de personnes nées à l'étranger	12,5	5,7	19,7	1,7 *	1,4 *	1,8 *	5,3 *	1,7 *	8,9 *	42,4 *	29,8 *	45,2 *	32,9 *	22,1 *	35,6 *	3,7 *	1,2 *	6,2 *	1 197 *	195 *	980 *
	Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	9,2	4,8	13,9	1,3 *	1,2 *	1,3 *	2,0 *	0,8 *	3,1 *	21,7 *	16,7 *	22,3 *	3,4 *	2,9 *	3,3 *	0,4 *	0,2 *	0,6 *	123 *	26 *	91 *
	Proportion élevée de personnes nées à l'étranger (référence)	7,2	4,0	10,8	Référence																	
Résidence en milieu rural/urbain	Régions éloignées	22,0	9,7	34,6	1,9 *	1,7 *	2,0 *	10,7 *	4,1 *	17,3 *	48,6 *	42,3 *	50,0 *	4,9 *	3,8 *	5,2 *	0,6 *	0,2 *	0,9 *	186 *	35 *	150 *
	Régions rurales	15,1	6,1	24,3	1,3 *	1,1	1,4 *	3,8 *	0,5	7,0 *	25,2 *	8,2	28,8 *	3,8 *	1,0	4,6 *	0,4 *	0,1	0,8 *	142 *	10	131 *
	Petits centres urbains	12,8	6,3	19,7	1,1 *	1,1 *	1,1 *	1,5 *	0,7 *	2,4 *	11,7 *	11,1 *	12,2 *	1,7 *	1,6 *	1,7 *	0,2 *	0,1	0,3 *	63 *	15	49 *
	Toronto, Montréal et Vancouver	8,8	4,4	13,7	0,8 *	0,8 *	0,8 *	-2,5 *	-1,2 *	-3,6 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (référence)	11,3	5,6	17,3	Référence																	
Déterminants socioéconomiques de la santé																						
Quintile de revenu (mesure de type géographique)	Q1 (revenu le plus bas)	15,9	8,3	24,1	1,8 *	1,8 *	1,8 *	7,0 *	3,7 *	10,6 *	44,0 *	44,6 *	44,0 *	11,5 *	12,7 *	11,2 *	1,3 *	0,7 *	2,0 *	431 *	115 *	317 *
	Q2	12,6	6,1	19,5	1,4 *	1,3 *	1,4 *	3,7 *	1,5 *	6,0 *	29,4 *	24,6 *	30,8 *	6,3 *	5,4 *	6,6 *	0,7 *	0,2 *	1,2 *	237 *	49 *	188 *
	Q3	10,8	4,7	17,3	1,2 *	1,0	1,3 *	1,9 *	0,1	3,8 *	17,6 *	2,1	22,0 *	3,4 *	0,4	4,3 *	0,4 *	0,1	0,8 *	126 *	3	123 *
	Q4	9,7	4,0	15,7	1,1 *	0,9	1,2 *	0,8 *	-0,6	2,2 *	8,2 *	NA	14,0 *	1,4 *	NA	2,6 *	0,2 *	NA	0,5 *	54 *	NA	73 *
	Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	8,9	4,6	13,5	Référence																	
Quintile du niveau de scolarité (mesure de type géographique)	Q1 (niveau de scolarité le plus bas)	15,0	6,9	23,3	1,6 *	1,4 *	1,6 *	5,5 *	2,10 *	8,6 *	36,7 *	30,4 *	36,9 *	9,5 *	7,5 *	9,7 *	1,1 *	0,4 *	1,7 *	357 *	68 *	276 *
	Q2	12,0	5,6	18,7	1,3 *	1,2 *	1,3 *	2,5 *	0,8 *	4,0 *	20,8 *	14,3 *	21,4 *	4,3 *	2,9 *	4,4 *	0,5 *	0,2 *	0,8 *	161 *	26 *	126 *
	Q3	11,0	5,3	17,2	1,2 *	1,1	1,2 *	1,5 *	0,5	2,5 *	13,6 *	9,4	14,5 *	2,6 *	1,8	2,8 *	0,3 *	0,1	0,5 *	98 *	17	79 *
	Q4	10,1	4,7	15,9	1,1	1,0	1,1 *	0,6	-0,1	1,2 *	5,9	NA	7,5 *	1,0	NA	1,3 *	0,1	NA	0,2 *	39	NA	38 *
	Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) (référence)	9,5	4,8	14,7	Référence																	
Indice de défavorisation – matérielle (mesure de type géographique)	Q5 (le plus défavorisé)	14,8	6,9	23,1	1,6 *	1,5 *	1,7 *	5,8 *	2,3 *	9,4 *	39,2 *	33,3 *	40,7 *	9,6 *	7,9 *	10,1 *	1,1 *	0,4 *	1,7 *	343 *	69 *	273 *
	Q4	12,1	5,2	19,3	1,3 *	1,1	1,4 *	3,1 *	0,6	5,6 *	25,6 *	11,5	29,0 *	5,3 *	2,2	6,2 *	0,6 *	0,1	1,1 *	190 *	19	168 *
	Q3	11,3	5,5	17,4	1,3 *	1,2 *	1,3 *	2,3 *	0,9 *	3,7 *	20,4 *	16,4 *	21,3 *	4,1 *	3,3 *	4,2 *	0,5 *	0,2 *	0,7 *	145 *	29 *	114 *
	Q2	9,8	4,8	15,3	1,1 *	1,0	1,1 *	0,8 *	0,2	1,6 *	8,2 *	4,2	10,5 *	1,5 *	0,8	1,9 *	0,2 *	0,1	0,3 *	53 *	7	51 *
	Q1 (le moins défavorisé) (référence)	9,0	4,6	13,7	Référence																	
Indice de défavorisation – sociale (mesure de type géographique)	Q5 (le plus défavorisé)	15,2	8,3	22,0	1,7 *	2,4 *	1,6 *	6,5 *	4,8 *	9,0 *	42,8 *	57,8 *	39,1 *	11,4 *	17,9 *	9,9 *	1,3 *	1,0 *	1,7 *	408 *	155 *	269 *
	Q4	12,3	4,1	19,0	1,4 *	1,7 *	1,4 *	3,6 *	2,6 *	5,0 *	29,3 *	42,6 *	26,3 *	6,3 *	9,6 *	5,5 *	0,7 *	0,5 *	1,0 *	224 *	83 *	150 *
	Q3	10,8	4,7	17,3	1,2 *	1,3 *	1,2 *	2,1 *	1,2 *	3,3 *	19,4 *	25,5 *	19,1 *	3,7 *	4,5 *	3,8 *	0,4 *	0,2 *	0,7 *	134 *	39 *	102 *
	Q2	10,0	4,3	15,9	1,1 *	1,2 *	1,1 *	1,3 *	0,8 *	1,9 *	13,0 *	18,6 *	12,0 *	2,3 *	3,0 *	2,2 *	0,3 *	0,2 *	0,4 *	83 *	26 *	60 *
	Q1 (le moins défavorisé) (référence)	8,7	3,5	14,0	Référence																	
Indice de défavorisation – matérielle & sociale (mesure de type géographique)	Q5Q5 (le plus défavorisé)	21,3	11,5	31,9	2,7 *	2,7 *	2,8 *	12,5 *	7,2 *	20,3 *	63,4 *	62,6 *	63,6 *	4,5 *	5,0 *	4,3 *	0,5 *	0,2 *	0,7 *	162 *	44 *	117 *
	Q1Q1 (le moins défavorisé) (référence)	7,8	4,3	11,6	Référence																	

NOTE :

L'échelle de couleurs a pour but d'illustrer (pour tous les indicateurs et les stratificateurs) 1- les inégalités relatives et absolues; 2- les tendances des inégalités (par exemple, les populations autochtones sont fréquemment confrontées à des inégalités en comparaison avec les non-Autochtones); 3- les gradients des inégalités (par exemple, il y a souvent des gradients d'inégalités entre les strates de revenu). L'importance et la répartition des inégalités présentées dans ce tableau doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte d'un indicateur à la fois, des différences entre les sources de données utilisées (par exemple, entre une enquête versus un registre administratif) et des limites existantes. L'échelle de couleurs pour les ratios de taux (RT) inférieurs à 1 et des différences de taux (DT) inférieures à 0 a été appliquée en utilisant respectivement la valeur réciproque et la valeur absolue. Par exemple, pour un RT de 0,5, l'échelle de couleur appliquée est pour la valeur de 2,0 (1/0,5) et pour une DT de -10, l'échelle de couleur pour la valeur de 10 est utilisée. L'échelle de couleurs est uniquement appliquée lorsque la différence entre la valeur et le groupe de référence est statistiquement significative.

LÉGENDE

		RT	DT pour 100 000
Non applicable	NA	[illegible]	[illegible]
Non fiable	F	[illegible]	[illegible]
À interpréter avec prudence	E	[illegible]	[illegible]
Statistiquement significatif	*	[illegible]	[illegible]
Référence		[illegible]	[illegible]
		[illegible]	[illegible]

Inégalité plus grande ↕ Inégalité plus petite

Références

(1) Navaneelan T. Les taux de suicide : un aperçu. Statistique Canada; 2012 [page consultée le 20 novembre 2017].

(2) Statistique Canada. Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2015 [mise à jour le 16 novembre 2017; page consultée le 20 novembre 2017; environ 5 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020551&lang=fra&.

(3) Statistique Canada. Tableau Cansim 102-0561 : Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe [Internet]. Statistique Canada; 2017 [mise à jour le 16 novembre 2017; page consultée le 20 novembre 2017; environ 4 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020561&lang=fra

(4) Canadian Association for Suicide Prevention. What is Suicide? [Internet]. Waterloo (Ontario) : Canadian Association for Suicide Prevention; 2015 [mise à jour en 2016]. Accessible à l'adresse : http://suicideprevention.ca/understanding/what-is-suicide/.

(5) Parachute. The cost of injury in Canada [Internet]. Toronto : Parachute, 2015 [page consultée le 31 juillet 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost_of_Injury-2015.pdf.

(6) Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. Genève (Suisse) : Editions de l'Organisation mondiale de la Santé; 2014. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/.

(7) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie MS. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33(03):395-405.

(8) Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4(37):1-11.

(9) McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepsen R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review. Édimbourg : The Scottish Government; 2008. Accessible à l'adresse : http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/28141444/0.

(10) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(11) King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008 Aug;8(1):70.

(12) Haas AP, Rodgers PL, Herman JL. Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults [Internet]. The Williams Institute; 2014. Accessible à l'adresse : https://queeramnesty.ch/docs/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf.

(13) Al-Sharifi A, Krynicki CR, Upthegrove R. Self-harm and ethnicity: a systematic review. Int J Soc Psychiatry. 2015;61(6):600-12.

(14) Dodd P, Doherty A, Guerin S. A Systematic Review of Suicidality in People with Intellectual Disabilities. Harv Rev Psychiatry. 2016 May-Jun;24(3):202-13.

(15) Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, *et al.* A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. Aging & mental health. 2016;20(2):166-94.

(16) OCDE. Panorama de la société 2016 : les indicateurs sociaux de l'OCDE [Internet]. Paris (France) : Éditions OCDE; 2016. Accessible à l'adresse : http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/panorama-de-la-societe-2016_soc_glance-2016-fr#.WmlML0-ouos.

(17) Skinner R, McFaull S, Rhodes AE, Bowes M, Rockett IRH. Suicide in Canada: Is Poisoning Misclassification an Issue? Canadian Journal of Psychiatry = Revue Canadienne de Psychiatrie. 2016 03/23;61(7):405-12.

(18) Auger N, Burrows S, Gamache P, Hamel D. Suicide in Canada: impact of injuries with undetermined intent on regional rankings. Inj Prev. 2016 Feb;22(1):76-8.

(19) Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, Elias E, Plummer C, O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. Disability and Health Journal. 2010 4;3(2):74-8.

(20) Bolton SL, Sareen J. Sexual orientation and its relation to mental disorders and suicide attempts: findings from a nationally representative sample. Can J Psychiatry. 2011 Jan;56(1):35-43.

(21) Pampalon R, Hamel D, Gamache P. Une comparaison de données socio-économiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada. Rapports sur la santé, 2009, vol. 20, n° 4, p. 95.

(22) DesMeules M, Gold J, McDermott S, Cao Z, Payne J, Lafrance B, *et al.* Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: Results from a national cohort study. J Immigr Health. 2005 Oct;7(4):221-32.

(23) Malenfant EC. Le suicide chez les immigrants au Canada [Internet]. Statistique Canada, 2004. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2003002/article/6807-fra.pdf.

(24) Vang Z, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. The healthy immigrant effect in Canada: A systematic review. Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series = Un réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie : document de travail, 2015, vol. 3, n° 1, article 4.

(25) Skinner R, McFaull S, Draca J, *et al.* Le suicide et les hospitalisations associées à des blessures auto-infligées au Canada (1979 à 2014-2015) [Internet]. Agence de la santé publique du Canada, 2016. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpc-dp-pspmc/36-11/assets/pdf/ar-02-fra.pdf.

(26) OCDE. Taux de suicide (indicateur) [Internet]. Éditions OECD; 2016. Accessible à l'adresse : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicide-rates/indicator/french_19bad9c8-fr?isPartOf=/content/indicator-group/5171ca08-fr.

(27) Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: The Canadian facts. York University, School of Health Policy and Management; 2010.

(28) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [Internet]; 2015 [mise à jour en 2015; page consultée le 20 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/170322/dq170322a-fra.pdf.

(29) Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J, EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. Br J Psychiatry. 2005 Jul;187:49-54.

(30) Chandler MJ, Lalonde CE. Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. Transcultural Psychiatry. 2008;10(1):68-72.

(31) Chandler MJ, Lalonde CE. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. Transcultural Psychiatry. 1998;35(2):191-219.

(32) Hicks J. Statistical data on death by suicide by Nunavut Inuit, 1920 to 2014 [Internet]. Nunavut Tunngavik Inc; 2015. Accessible à l'adresse : http://www.tunngavik.com/blog/2015/09/15/pdf-statistical-data-on-death-by-suicide-by-nunavut-inuit-1920-to-2014/

(33) Martens P, Bartlett J, Burland E, et al. Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study [Internet]. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy; 2010 [cited 2017 Sep 29]. Accessible à l'adresse : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_(update_aug11_2011).pdf.

(34) Centre for Suicide Prevention [Internet].Calgary, AB: Indigenous Suicide Prevention [mise à jour en 2003; page consultée le 20 novembre 2017; environ 13 écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.suicideinfo.ca/resource/indigenous-suicide-prevention/.

(35) Kirmayer LJ, Valaskakis GG. Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada. Vancouver : UBC press; 2009.

(36) Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, *et al.* Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. CMAJ. 2011 Sep 6;183(12):E959-67.

(37) Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. Psychol Med. 2006;36(02):145-57.

(38) Agbayewa MO, Marion SA, Wiggins S. Socioeconomic factors associated with suicide in elderly populations in British Columbia: an 11-year review. The Canadian Journal of Psychiatry. 1998;43(8):829-36.

(39) Hasselback P, Lee KI, Mao Y, Nichol R, Wigle DT. The relationship of suicide rates to socio-demographic factors in Canadian census divisions. The Canadian Journal of Psychiatry. 1991;36(9):655-9.

(40) Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990–2005. Public Health. 2010;124(2):78-85.

(41) Platt S. Inequalities and suicidal behavior. The International Handbook of Suicide Prevention. 2011:258-83.

ISSUES DE SANTÉ

AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ

INÉGALITÉS RELATIVES **À LA SANTÉ MENTALE PERÇUE (FAIBLE AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE) ET AUX HOSPITALISATIONS LIÉES À LA SANTÉ MENTALE AU CANADA**

POINTS SAILLANTS

- La prévalence de faible autoévaluation de la santé mentale (AESM) chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était 7,9 fois plus élevée que chez les adultes ayant un emploi. Cela équivaut à 28,5 cas de plus de faible AESM pour 100 personnes chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler que chez les adultes ayant un emploi.
- La faible AESM déclarée par les adultes se situant dans le groupe au revenu le plus faible représente 4,1 fois celle déclarée par les adultes se trouvant dans le groupe au revenu le plus élevé. Cela signifie qu'il y a 9,2 personnes de plus ayant une faible AESM pour 100 personnes chez les adultes du groupe au revenu le plus faible que chez les adultes du groupe au revenu le plus élevé.
- La prévalence de faible AESM était 2,9 fois plus élevée chez les adultes sans diplôme d'études secondaires que chez les diplômés universitaires. Cela équivaut à 7,2 personnes de plus ayant une faible AESM pour 100 personnes chez les adultes sans diplôme d'études secondaires que chez les diplômés universitaires.
- La prévalence de faible AESM était respectivement 3,1 fois et 1,7 fois plus élevée chez les adultes bisexuels et les adultes gais ou lesbiennes que chez les adultes hétérosexuels. Cela équivaut à respectivement 12,0 cas et 4,0 cas de plus de faible AESM pour 100 personnes chez les adultes bisexuels et les adultes gais ou lesbiennes que chez les adultes hétérosexuels.
- La prévalence de faible AESM était 2,2 fois plus élevée chez les personnes occupant un emploi non spécialisé que chez les personnes occupant un emploi de professionnel. Cela équivaut à 3,7 personnes de plus ayant une faible AESM pour 100 personnes chez les personnes occupant un emploi non spécialisé que chez les personnes occupant un emploi de professionnel.
- La prévalence de faible AESM était respectivement 1,9 fois et 1,5 fois plus élevée chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et chez les Métis que chez les personnes non autochtones. Cela équivaut à respectivement 5,1 personnes et 2,7 personnes de plus ayant une faible AESM pour 100 personnes chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et chez les Métis que chez les personnes non autochtones.
- Comparativement à 5,8 % chez les Canadiens blancs, la proportion de personnes ayant déclaré une faible AESM s'élève à, à 7,1 % chez les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est, et à 4,2 % chez les Asiatiques du Sud.

ACRONYME	NOM COMPLET
AESM	Autoévaluation de la santé mentale
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

La santé mentale peut être définie comme étant « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle » (1). L'AESM constitue une mesure subjective de l'état de santé mentale global. Elle intègre des renseignements sur la maladie mentale et la détresse psychologique, ainsi que sur les états positifs et le bien-être (2).

Bien que l'AESM et les mesures précises de la santé mentale ne soient pas interchangeables, il existe des associations fortes et systématiques entre l'AESM et un vaste éventail de maladies mentales. Par exemple, la prévalence de faible AESM chez les Canadiens (de 15 ans et plus) qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble mental s'élevait à 46 %, alors que la prévalence de faible AESM chez les Canadiens n'ayant pas déclaré souffrir d'un trouble mental était de 6 % (2). Une faible AESM peut aussi constituer un élément prédictif de l'apparition de problèmes de santé mentale (3).

Si les personnes vivant avec une maladie mentale sont plus susceptibles d'indiquer une faible AESM, la moitié d'entre elles environ déclarent une AESM bonne, très bonne ou excellente, ce qui prouve que l'AESM ne constitue pas une mesure de la maladie mentale (2).

La santé mentale est influencée par des facteurs biologiques, environnementaux, et sociaux. De nombreux déterminants sociaux de la santé sont systématiquement associés à une faible AESM, notamment le statut socioéconomique (4), le soutien social (5), le sentiment d'appartenance à la communauté (6), la limitation des activités, l'adaptation au rôle social (7), et l'utilisation des services (8). La violence, la pauvreté, un logement inadapté, la difficulté à trouver du travail ou à faire des études, et le fait de ne pas avoir accès à de l'eau propre ou des aliments abordables sont aussi des risques qui pèsent sur la santé mentale (9,10). De plus, les désavantages qui rendent les personnes vulnérables sur le plan de la santé mentale commencent avant la naissance et s'accumulent tout au long de la vie (11).

En 2014, 6,3 % des Canadiens (de 12 ans et plus) indiquaient que leur santé mentale était passable ou mauvaise, ce qui représente une augmentation par rapport à la proportion de 5,6 % en 2011 (12). Bien qu'une santé mentale passable ou mauvaise soit différente d'une maladie mentale, les personnes qui indiquent une faible AESM sont significativement plus susceptibles de recevoir des services médicaux en raison d'une maladie mentale (8).

L'AESM et les hospitalisations liées à la santé mentale ont été retenues comme indicateurs des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données portant sur l'AESM et les facteurs de stratification ont été recueillies lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2010 à 2013. On a demandé aux répondants d'évaluer leur santé mentale en indiquant si elle était « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Dans le cadre de la présente analyse, les personnes qui ont répondu « passable » et « mauvaise » ont été considérées comme ayant une faible AESM.

L'analyse de la faible AESM portait sur les personnes âgées de 18 ans et plus. Les inégalités dans l'AESM ont été évaluées par l'examen des différences relatives à l'AESM en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Parmi les stratificateurs sociaux se trouvent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine culturelle ou raciale, l'orientation sexuelle (18 à 59 ans)[21], le statut d'immigrant et la résidence en milieu urbain ou rural. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession et la situation d'emploi (18 à 75 ans). Les données sur la prévalence ont été ajustées selon l'âge, en fonction des données du Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les peuples autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. Quant aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, des données comparables ont été obtenues par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010 qui contient des données relatives à la faible AESM pour les jeunes (de 12 à 17 ans) seulement.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de ces différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (13). Les inégalités propres au sexe ou au genre calculées pour les facteurs de stratification ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités :

21. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Les données présentées pour les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves et dans des collectivités du Nord ne comprennent que la prévalence de faible AESM et n'ont pas été soumises au calcul des mesures de l'inégalité. Les méthodes et les constats relatifs aux hospitalisations liées à la santé mentale sont résumés dans l'encadré 1.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

La prévalence globale de faible AESM chez les Canadiens de 18 ans et plus, entre 2010 et 2013, s'élevait à 5,9 % (IC à 95 % : 5,8–6,1 %) (annexe 1). De nombreux groupes sociaux ont été touchés par des inégalités en ce qui concerne la faible AESM et les hospitalisations liées à la santé mentale. Des résultats plus détaillés sur les inégalités relatives à la santé mentale perçue et aux hospitalisations liées à la santé mentale sont présentés à l'annexe 1 et à l'annexe 2, respectivement. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence de faible AESM s'élevait chez les femmes à 6,3 % (IC à 95 % : 6,1–6,6 %), ce qui correspondait à 1,1 fois le taux de 5,6 % (IC à 95 % : 5,3–5,8 %) relevé chez les hommes. Si la prévalence de faible AESM chez les femmes était le même que celui enregistré chez les hommes, on dénombrerait 104 130 femmes de moins présentant une faible AESM. La prévalence de faible AESM serait alors réduite de 12 % chez les femmes (IC à 95 % : 6,9–17,0 %) et de 6,5 % dans la population canadienne (IC à 95 % : 3,6–9,4 %) (annexe 1).

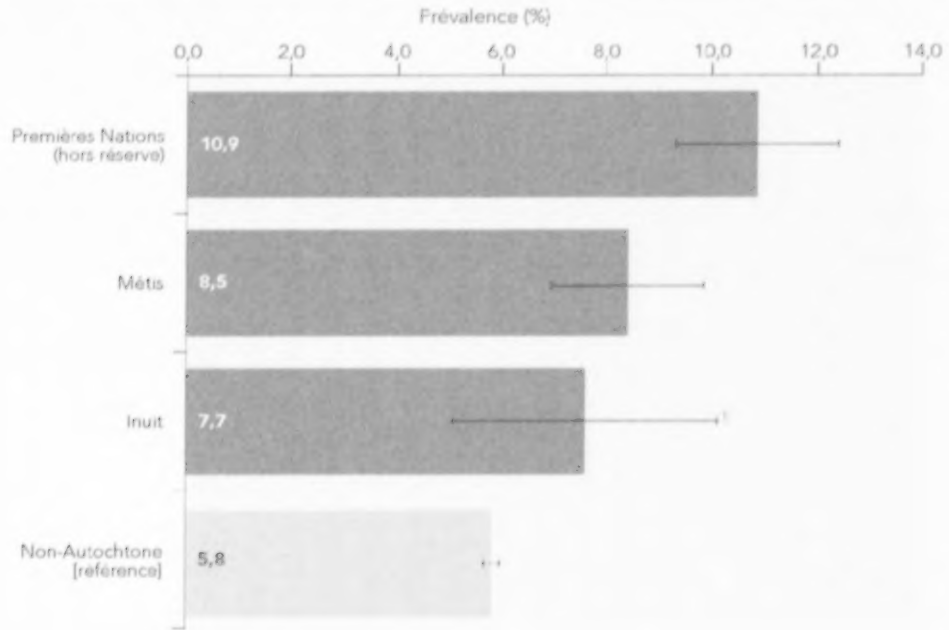
Peuples autochtones

Chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, la prévalence de faible AESM représentait 1,9 (IC à 95 % : 1,6–2,2) fois celle de la population non autochtone. De même, les Métis avaient une prévalence de faible AESM représentant 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,7) fois celle de la population non autochtone. Cela représentait respectivement 5,1 (IC à 95 % : 3,5–6,7) et 2,7 (IC à 95 % : 1,2–4,2) cas de faible AESM de plus pour 100 personnes chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et chez les Métis par rapport aux adultes non autochtones. Aucune différence significative n'a été relevée entre les Inuits et les personnes non autochtones en ce qui concerne la prévalence de faible AESM (figure 1).

En ce qui a trait aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, les données de l'ERS 2008-2010 pour l'indicateur de faible AESM ne sont disponibles que pour les jeunes (de 12 à 17 ans). La prévalence de faible AESM chez les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord s'élevait à 6,5 % (IC à 95 % : 5,6–7,5 %, taux non ajusté selon l'âge). Chez les jeunes non autochtones, la prévalence de faible AESM était estimée à 3,5 % (IC à 95 % : 3,0–4,0 %) (14). En outre, la prévalence de faible AESM chez les membres des Premières Nations de sexe féminin s'élevait à 7,8 % (IC à 95 % : 6,5–9,3 %) soit 1,5 fois le taux enregistré chez les membres des Premières Nations de sexe masculin, qui était de 5,3 % (IC à 95 % : 4,1–6,8 %).

FIGURE 1

Faible autoévaluation de la santé mentale selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations (hors réserve)	1,9*	5,1*	47,0*	1,3*	0,1*	21 380*
Métis	1,5*	2,7*	32,0*	0,6*	0,0*	10 210*
Inuit	1,3E	2,0E	25,4*E	0,0E	0,0E	560E
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Origine culturelle ou raciale

La prévalence de faible AESM varie légèrement en fonction de l'origine culturelle ou raciale. Avec un taux de 7,1 % (IC à 95 % : 6,1–8,2 %), la proportion des adultes asiatiques de l'Est et du Sud-Est déclarant une faible AESM était significativement supérieure à la proportion d'adultes blancs déclarant une faible AESM, laquelle s'élevait à 5,8 % (IC à 95 % : 5,6–6,0 %). La prévalence de faible AESM chez les adultes asiatiques du Sud était significativement inférieure, soit 4,2 % (IC à 95 % : 3,2–5,1 %) (annexe 1).

Si la prévalence de faible AESM chez les adultes asiatiques de l'Est et du Sud-Est était la même que chez les adultes blancs, le taux de faible AESM serait réduit de 18,7 % (IC à 95 % : 5,5–31,8 %) chez les adultes asiatiques de l'Est et du Sud-Est.

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

La faible AESM était plus fréquente chez les adultes se déclarant bisexuels ou homosexuels que chez les adultes se déclarant hétérosexuels. La prévalence de faible AESM chez les adultes bisexuels représentait 3,1 (IC à 95 % : 2,6–3,6) fois la prévalence chez les adultes hétérosexuels. Chez les adultes lesbiennes ou gais, elle était 1,7 (IC à 95 % : 1,4–2,1) fois plus élevée que chez les adultes hétérosexuels (figure 2).

Si la prévalence de faible AESM était la même chez les adultes bisexuels et les adultes lesbiennes ou gais que chez les adultes hétérosexuels, le taux de faible AESM serait réduit de 67,7 % (IC à 95 % : 61,9–73,5 %) chez les adultes bisexuels et de 42,6 % (IC à 95 % : 30,2–55,1 %) chez les adultes lesbiennes ou gais.

Statut d'immigrant

La prévalence de faible AESM chez les immigrants récents (au Canada depuis 10 ans ou moins) représentait 0,7 (IC à 95 % : 0,5–1,0) fois la prévalence chez les non-immigrants. La différence entre la prévalence de faible AESM relevée chez les immigrants de longue date (au Canada depuis plus de 10 ans) et celle relevée chez les non-immigrants n'était pas statistiquement significative (annexe 1).

Revenu

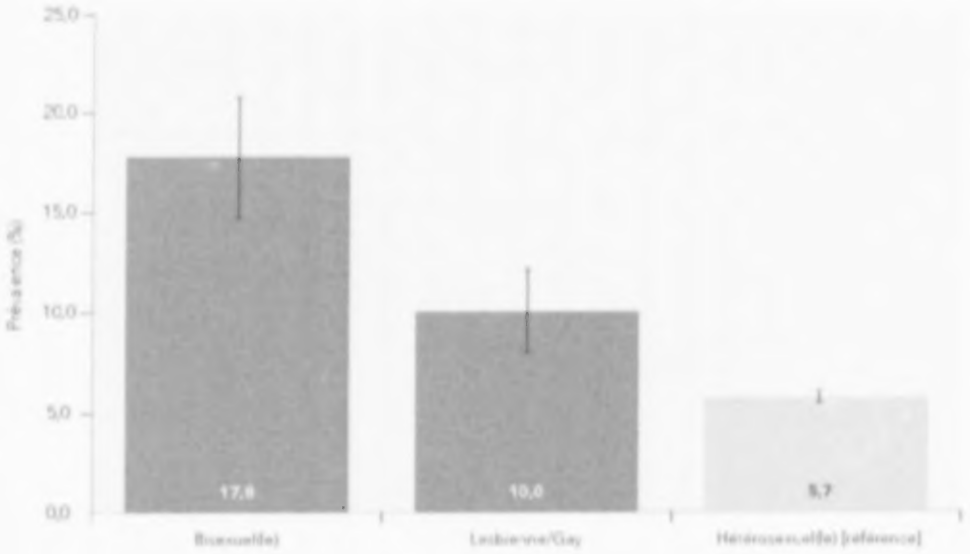
Il y avait une relation manifeste entre le revenu et la prévalence de faible AESM; la prévalence diminuait considérablement à mesure que le revenu augmentait. La prévalence de faible AESM chez les Canadiens adultes se situant dans le quintile de revenu le plus faible s'établissait à 12,2 % (IC à 95 % : 11,5–12,9 %). Cela représentait 4,1 (IC à 95 % : 3,7–4,6 %) fois la prévalence chez les Canadiens adultes se situant dans le quintile de revenu le plus élevé, qui s'établissait à 3,0 % (IC à 95 % : 2,7–3,3 %) (figure 3).

Si la prévalence de faible AESM chez les adultes se situant dans le quintile de revenu le plus faible avait été la même que la prévalence chez les adultes se situant dans le quintile de revenu le plus élevé, on aurait observé une baisse de 75,8 % (IC à 95 % : 73,0–78,6 %) de la prévalence de faible AESM chez les adultes se situant dans le quintile de revenu le plus faible, et une baisse de 28,5 % (IC à 95 % : 26,5–30,5 %) de la proportion globale de Canadiens présentant une faible AESM. Cela se traduirait en théorie par 468 250 (IC à 95 % : 430 600–505 890) signalements de moins de faible AESM chez les Canadiens adultes. L'ampleur des inégalités en fonction du revenu était similaire chez les hommes et chez les femmes.

Si la prévalence de faible AESM chez les adultes se situant dans le quintile de revenu le plus faible était la même que la prévalence chez les adultes se situant dans le quintile de revenu le plus élevé, on enregistrerait 468 250 cas de faible AESM de moins au Canada.

FIGURE 2

Faible autoévaluation de la santé mentale selon l'orientation sexuelle, Canada, âges 18–59 ans, 2010–2013

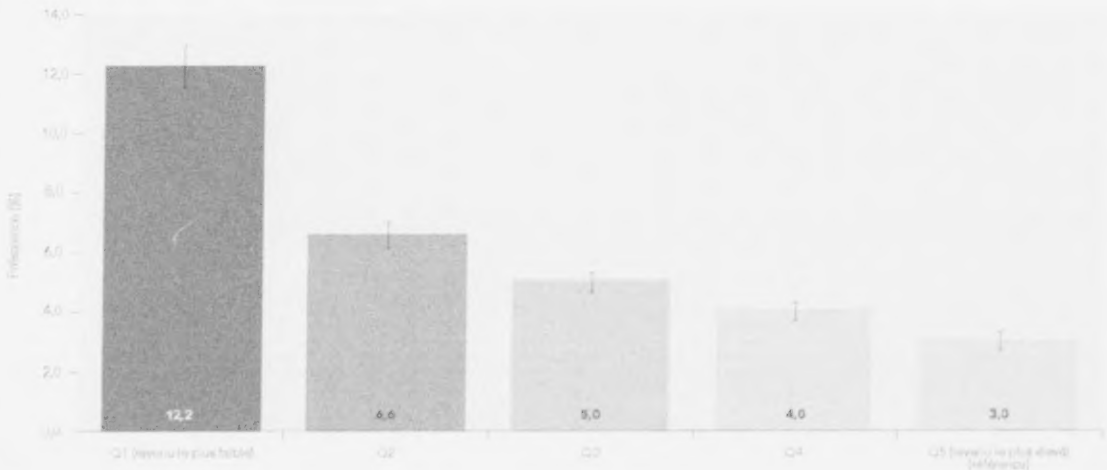


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Bisexuel(le)	3,1*	12,0*	67,7*	2,1*	0,1*	24 980*
Lesbienne/Gay	1,7*	4,3*	42,6*	1,0*	0,1*	11 490*
Hétérosexuel(le) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 3

Faible autoévaluation de la santé mentale selon le quintile de revenu, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	4,1*	9,2*	75,8*	28,5*	1,7*	468 250*
Q2	2,2*	3,6*	55,0*	11,1*	0,7*	183 240*
Q3	1,7*	2,0*	40,6*	6,3*	0,4*	103 080*
Q4	1,4*	1,1*	26,4*	3,4*	0,2*	55 350*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

La prévalence de faible AESM chez les Canadiens adultes sans diplôme d'études secondaires s'établissait à 11,0 % (IC à 95 % : 10,1–11,8 %). Ce taux était 2,9 (IC à 95 % : 2,59–3,2) fois plus élevé que celui observé chez les diplômés universitaires, qui était de 3,8 % (IC à 95 % : 3,5–4,1 %).

Si la prévalence de faible AESM chez les adultes sans diplôme d'études secondaires avait été la même que la prévalence chez les diplômés universitaires, on aurait observé une baisse de 65,7 % (IC à 95 % : 61,9–69,5 %) de la prévalence chez les adultes sans diplôme d'études secondaires. Cela se serait traduit par une baisse de 15,2 % (IC à 95 % : 13,4–17,0 %) du taux de prévalence global de faible AESM à l'échelle du pays. Cette baisse équivaudrait à 238 640 adultes canadiens (IC à 95 % : 208 670–268 620) de moins déclarant une faible AESM (figure 4).

Situation d'emploi et profession

Des inégalités évidentes ont été constatées dans la prévalence de faible AESM en fonction de la situation d'emploi et de la profession. La prévalence de faible AESM chez les personnes occupant un emploi non spécialisé (travailleurs non qualifiés) était 2,2 (IC à 95 % : 1,8–2,6) fois plus élevée que chez les personnes occupant un emploi de professionnel. Elle était 1,6 (IC à 95 % : 1,3–1,8) fois plus élevée chez les personnes occupant un emploi semi-spécialisé que chez les personnes occupant un emploi de professionnel. Enfin, elle était 1,3 (IC à 95 % : 1,1–1,5) fois plus élevée chez les personnes occupant un emploi technique spécialisé que chez les personnes occupant un emploi de professionnel (annexe 1).

La prévalence de faible AESM chez les Canadiens adultes ayant une incapacité permanente de travailler s'élevait à 32,6 % (IC à 95 % : 29,4–35,9 %). Cela représentait 7,8 (IC à 95 % : 7,0–8,7 %) fois la prévalence chez les adultes ayant un emploi, qui s'établissait à 4,2 % (IC à 95 % : 4,0–4,4 %). Cela signifie qu'il y avait 29 (IC à 95 % : 25,2–31,7) cas de plus de faible AESM pour 100 personnes chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler que chez les adultes ayant un emploi (figure 5).

Si la prévalence de faible AESM chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était la même que la prévalence chez les adultes ayant un emploi, on constaterait une baisse de 87,3 % (IC à 95 % : 85,8–88,7 %) de la prévalence de faible AESM chez les personnes ayant une incapacité permanente de travailler, et une diminution de 12,0 % (IC à 95 % : 10,6–13,4 %) de la prévalence de faible AESM au Canada. Il y aurait alors 190 840 (IC à 95 % : 167 230–214 460) adultes canadiens de moins présentant une faible AESM.

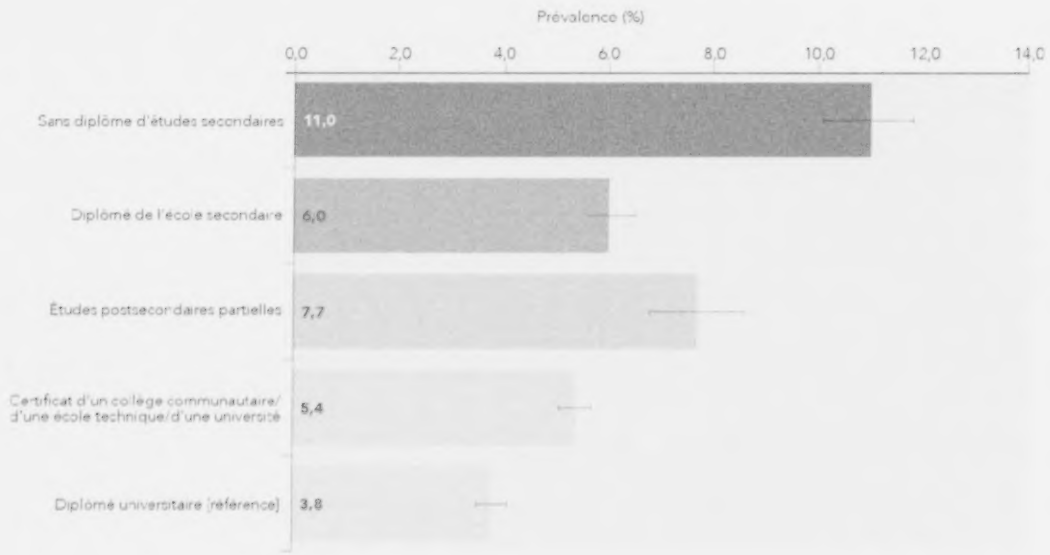
Résidence en milieu urbain ou rural

Peu d'inégalités statistiquement significatives ont été relevées en fonction de la résidence en milieu urbain ou rural[22]. On a néanmoins observé une différence significative entre les femmes vivant dans les zones rurales provinciales et celles résidant dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (annexe 1). Chez les femmes résidant dans les zones rurales provinciales, la prévalence de faible AESM représentait 0,8 (IC à 95 % : 0,7–0,9) fois celle des femmes résidant dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal ou Vancouver).

22. Pour obtenir une définition des sous-groupes de la résidence en milieu urbain/rural, consultez le chapitre Méthodologie.

FIGURE 4

Faible autoévaluation de la santé mentale selon le niveau de scolarité, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2013

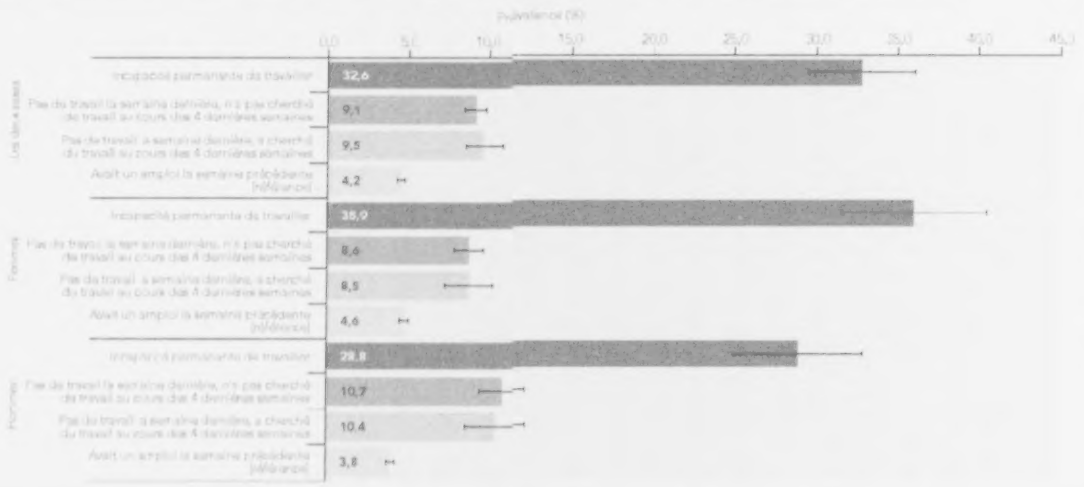


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100
Sans diplôme d'études secondaires	2,9*	7,2*	65,7*	15,2*	0,9*	238 640*
Diplôme de l'école secondaire	1,6*	2,3*	37,5*	6,5*	0,4*	101 670*
Études postsecondaires partielles	2,1*	4,0*	51,2*	3,9*	0,2*	60 760*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,4*	1,6*	30,0*	9,9*	0,6*	155 060*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010 –2013

FIGURE 5

Faible autoévaluation de la santé mentale selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité permanente de travailler	7,9*	28,5*	87,3*	12,0*	0,8*	190 840*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	2,2*	4,9*	54,3*	17,3*	1,1*	275 150*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	2,3*	5,3*	56,2*	3,8*	0,2*	60 280*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Incapacité permanente de travailler	7,9*	31,4*	87,3*	12,7*	0,9*	109 180*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,9*	4,0*	46,7*	16,2*	1,1*	138 480*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,9*	3,9*	46,1*	2,4*	0,2*	20 260*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Incapacité permanente de travailler	7,5*	25,0*	86,9*	10,8*	0,6*	80 780*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	2,8*	7,0*	64,9*	19,6*	1,2*	147 150*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	2,8*	6,6*	63,8*	5,4*	0,3*	40 820*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013.

ENCADRÉ 1
HOSPITALISATIONS LIÉES À LA SANTÉ MENTALE

La maladie mentale, qui englobe une vaste gamme de troubles, est l'une des principales causes du fardeau des maladies au Canada (15). Au cours d'une année, un Canadien sur dix est atteint d'une maladie mentale. Par ailleurs, un Canadien sur trois souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie (16). On a estimé le coût direct des maladies mentales (c'est-à-dire les coûts liés aux soins médicaux, notamment les hospitalisations, les soins fournis par des médecins et les médicaments sur ordonnance) à huit milliards de dollars en 2008 (17), et les coûts directs et indirects des maladies mentales pour l'économie canadienne sont estimés à cinquante milliards de dollars par année (18,19).

Chaque année, un nombre important de Canadiens ont recours au système de soins de santé en raison d'une maladie mentale. En 2009–2010, 14,4 % des Canadiens ont bénéficié de services de santé pour traiter une maladie mentale (20). Les maladies mentales peuvent également conduire à une hospitalisation. D'après les données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, entre 2009 et 2012, le taux d'hospitalisation liée à la santé mentale chez les personnes de 15 ans et plus s'élevait à 521 pour 100 000 personnes (21). Au cours de l'année 2009–2010, on a dénombré plus de 189 000 congés d'hôpital liés à la maladie mentale.

Méthodes

Les données proviennent de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier 2009–2012 de l'Institut canadien d'information sur la santé pour la population canadienne âgée de 15 ans et plus. Le taux d'hospitalisation désigne les congés consécutifs à une hospitalisation pour les cinq maladies mentales suivantes (combinées) : les troubles liés à la consommation de substances; la schizophrénie, les troubles délirants et les troubles psychotiques non organiques; les troubles de l'humeur et les troubles affectifs; les troubles anxieux; et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Constats

On a constaté des inégalités significatives en ce qui concerne l'hospitalisation liée à la santé mentale selon le genre, l'ethnicité, et divers indicateurs socioéconomiques.

- Le taux d'hospitalisation liée à la santé mentale était légèrement plus élevé chez les hommes (558 pour 100 000) que chez les femmes (484 pour 100 000). La relation entre l'hospitalisation et diverses variables telles que le revenu, le niveau de scolarité et l'ethnicité avait tendance à être plus forte pour les hommes que pour les femmes.
- Le taux d'hospitalisation liée à la santé mentale chez les Canadiens vivant dans les régions où le revenu global est le plus faible était de 718 pour 100 000. Cela représentait 2,2 (IC à 95 % : 2,2–2,3) fois le taux chez les personnes vivant dans les régions où le revenu global était le plus élevé. Si le taux d'hospitalisation chez les personnes vivant dans les régions où les revenus étaient les plus faibles était le même que le taux chez les personnes vivant dans les régions où les revenus étaient les plus élevés, on observerait une baisse de 55 % du taux d'hospitalisation liée à la santé mentale chez les personnes vivant dans les régions où les revenus sont les plus faibles. Cela se traduirait par 20 511 hospitalisations de moins par an.
- Dans les régions où la concentration de personnes s'identifiant comme des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis était élevée, le taux d'hospitalisation liée à la santé mentale était respectivement 3,0 (IC à 95 % : 3,0–3,1), 2,2 (IC à 95 % : 2,1–2,3) et 2,1 (IC à 95 % : 2,0–2,2) fois plus élevé que dans les régions où la concentration d'Autochtones était faible.

Dans les régions les plus défavorisées sur le plan matériel et social au Canada, le taux d'hospitalisation liée à la santé mentale s'élevait à 1 346 pour 100 000. Ce taux est 5,5 (IC à 95 % : 5,4–5,6) fois plus élevé que dans les régions les moins défavorisées sur le plan matériel et social. Si le taux d'hospitalisation chez les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées était le même que celui des personnes vivant dans les régions les moins défavorisées, on observerait une baisse de 82 % du taux d'hospitalisation liée à la santé mentale chez les personnes vivant dans les régions les plus défavorisées. Cela pourrait se traduire, en théorie, par 11 085 hospitalisations de moins par année.

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les lacunes et limites des données devraient être considérées afin de mieux comprendre l'ampleur estimative des inégalités, ainsi qu'aux fins de comparaison future et de suivi des résultats rapportés. L'AESM est utilisée comme un indicateur général validé de la santé mentale globale (2). Les mesures autodéclarées peuvent toutefois donner lieu à un biais dans les réponses, lequel aura une incidence sur l'ampleur des inégalités observées. Par exemple, divers facteurs culturels peuvent avoir un effet sur les perceptions et sur l'aisance avec laquelle les personnes parlent de leur santé mentale. Ces facteurs peuvent également influer sur la manière dont les personnes répondent à cette question. Dans le cas où un tel biais dans les réponses serait systématique, il pourrait en découler une sous-estimation ou une surestimation des inégalités observées.

Les mesures quantifient les inégalités observées chez des groupes sociaux qui sont définis de manière largement agrégée. La répartition de la prévalence de faible AESM au sein de groupes sociaux plus précis n'était pas disponible. Par conséquent, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène des groupes de stratification, dissimulant potentiellement d'autres inégalités, en particulier celles que peuvent rencontrer les immigrants ou les groupes culturels ou raciaux. Par exemple, la prévalence de faible AESM diffère significativement entre les populations d'immigrants en fonction de leur pays d'origine. Le fait de comparer la population d'immigrants dans son ensemble à la population de non-immigrants ne prend pas en compte les nuances qui existent au sein des différentes populations d'immigrants et entre celles-ci sur le plan des inégalités; cela peut donner lieu à une sous-estimation ou à une surestimation du fardeau sur la santé auquel sont confrontés ces groupes (22). En outre, l'utilisation d'un regroupement combinant l'origine culturelle et raciale peut également entraîner une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence attribuable au fait de classer des groupes hétérogènes dans une seule et même catégorie sociale (23).

La répartition inégale de la prévalence de faible AESM au sein de grands groupes sociaux n'est pas non plus explorée. Par exemple, comme l'ESCC ne recueille pas de données sur le statut d'immigrant reçu (p. ex., catégorie de l'immigration économique, catégorie du regroupement familial et statut de réfugié), il n'a pas été possible d'étudier les différences en matière de santé entre ces différents groupes d'immigrants.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (13), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Enfin, compte tenu du fait que les données présentées sont de nature transversale, il n'est pas possible d'en déduire des relations de cause à effet. Par exemple, la prévalence de faible AESM était plus élevée chez les personnes se trouvant dans l'incapacité de travailler. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes se trouvant dans l'incapacité de travailler présentent un risque accru de développer une faible AESM, mais il se pourrait également que la faible AESM nuise à la

capacité de la personne à trouver un emploi. La présente analyse visait plutôt à illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la prévalence de faible AESM dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis.

DISCUSSION

Les maladies mentales constituent l'une des principales causes du fardeau des maladies au Canada. Si l'AESM n'est pas une mesure directe de la santé mentale, elle n'en reste pas moins un indicateur validé de la santé mentale globale. Elle est également associée à la présence de certains troubles mentaux ainsi qu'à la détresse psychologique. Il est difficile de procéder à des comparaisons internationales directes de la prévalence de la santé mentale perçue comme mauvaise en raison des différences entre les définitions et les caractéristiques socioculturelles qui peuvent influencer les réponses données aux questions d'enquête. Cependant, d'autres pays signalent des inégalités similaires à celles signalées au Canada pour ce qui touche la faible AESM en fonction de la situation d'emploi (24), de l'origine culturelle ou raciale (25), et de l'identité autochtone (26).

La santé mentale n'est pas également répartie entre les groupes sociodémographiques et socioéconomiques au Canada. Les différences relatives à la prévalence de faible AESM en fonction du sexe ou du genre étaient limitées, une proportion légèrement supérieure de femmes déclarant une faible AESM. L'interaction des différences biologiques et des différences définies par la société entre les femmes et les hommes influe sur les probabilités d'une personne d'être atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie, ainsi que sur ses comportements favorisant la santé et la manière dont elle fera part de symptômes de détresse psychologique ou de troubles mentaux (27,28). Les rôles sexuels imposés par la culture peuvent également avoir une incidence sur le contrôle qu'ont certains hommes et certaines femmes sur les déterminants de leur santé mentale (29).

La prévalence de faible AESM était la plus élevée chez les adultes se trouvant dans les quintiles de revenu les plus faibles, dans la catégorie des niveaux de scolarité les plus faibles, et dans la catégorie des personnes ayant une incapacité permanente de travailler. Le revenu peut avoir une incidence sur la santé mentale perçue dans la mesure où il influe sur la capacité d'une personne à satisfaire ses besoins élémentaires (29). À l'inverse, un revenu adéquat offre des possibilités et des occasions dont ne disposent pas les ménages ayant les plus faibles revenus (29). Ainsi, les ménages à faible revenu présentent une incidence et une prévalence élevées de maladie mentale (30). On croit que la relation entre un revenu faible et une mauvaise santé mentale est en partie attribuable à une exposition accrue à l'adversité et aux facteurs de stress, et au fait d'avoir moins de ressources pour y faire face (31).

La relation entre le chômage, des niveaux élevés de dépression et d'anxiété, et une santé mentale perçue comme faible est bien documentée (32). Les personnes souffrant d'une maladie mentale grave peuvent se trouver dans l'incapacité de travailler, ce qui peut également contribuer à accroître les inégalités relatives à l'AESM en fonction de la situation d'emploi. En outre, comme c'est le cas pour le revenu, la prévalence de faible AESM décroît à mesure que le niveau de scolarité augmente (29). Comme elle offre de meilleures occasions d'emploi et la possibilité d'avoir un revenu plus élevé, l'atteinte d'un niveau de scolarité supérieur améliore la probabilité d'avoir une bonne santé mentale (29). Le niveau de scolarité peut également apporter des avantages directs sur le plan de la santé mentale grâce à la capacité d'adaptation acquise et aux connaissances sur la santé mentale qui sont associées à des niveaux de scolarité supérieurs (29,33).

De la même façon, la prévalence de faible AESM chez les personnes occupant un emploi non spécialisé, semi-spécialisé et spécialisé/technique/de supervision représentait respectivement 2,2 fois, 1,6 fois et 1,3 fois la prévalence chez les personnes occupant un emploi de professionnel. De nombreuses données publiées indiquent que les personnes occupant des emplois moins spécialisés connaissent un niveau plus élevé de stress au travail, lequel est associé à des résultats moins favorables sur le plan de la santé mentale (34).

Des inégalités importantes ont également été constatées en fonction des identités sociales telles que l'orientation sexuelle, l'identité autochtone, et l'origine culturelle ou raciale. Les attentes liées au genre, par exemple, et le stress internalisé lié à la discrimination peuvent faire augmenter significativement la prévalence de faible AESM chez les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles par rapport aux personnes hétérosexuelles. Ce stress peut également avoir une incidence sur les membres de ces populations dans leurs tentatives d'obtenir des soins. Comparés aux adultes hétérosexuels, les adultes gais, lesbiennes et bisexuels sont plus susceptibles de consulter des fournisseurs de services de santé mentale (35), et sont plus susceptibles d'être atteints de troubles de stress post-traumatique ou de dépression, ou encore de commettre une tentative de suicide (36).

La prévalence de faible AESM chez les peuples autochtones au Canada (les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits) est 1,3 à 1,9 fois plus élevée que la prévalence chez les adultes non autochtones. Les Autochtones qui vivent dans des régions nordiques et éloignées sont confrontés à des situations particulièrement difficiles, telles que le manque d'eau propre ou de nourriture à prix abordable, ce qui les expose à un risque accru de mauvaise santé mentale (10). Les peuples autochtones qui vivent dans les collectivités éloignées et isolées n'ont pas accès à certains services de santé élémentaires, notamment à des services qui permettent de répondre à leurs besoins en matière de santé mentale et de bien-être d'une manière qui soit appropriée sur le plan culturel (37). Plus fondamentalement, les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits partagent l'héritage commun de la colonisation. Les effets transgénérationnels du système des pensionnats indiens, les bouleversements et les perturbations du mode de vie traditionnel, l'oppression culturelle, la perte d'autonomie, la dévalorisation systématique de l'identité autochtone, et la perte de lien avec la terre peuvent contribuer à accroître les facteurs de risque en matière de santé mentale (38) (encadré 2).

Bien que les immigrants représentent un groupe hétérogène du point de vue du pays d'origine, de l'âge, des racines historiques, de la culture et de l'hygiène de vie, les immigrants récents ont une perception plus positive de leur santé mentale que les non-immigrants. Cela est conforme aux constats d'études récentes selon lesquelles un pourcentage significativement inférieur d'immigrants récents déclarait percevoir leur santé mentale comme mauvaise par rapport à leurs homologues nés au Canada. Toutefois, cet avantage diminue après 10 ans ou plus de vie au Canada (46,47). L'avantage dont bénéficient les immigrants récents peut, en partie, être le résultat de l'effet de « l'immigrant en bonne santé », par lequel les personnes récemment immigrées jouissent d'un meilleur état de santé que les personnes nées dans le pays en raison du filtrage à l'immigration (48). Une étude récente a révélé que cet effet peut inclure le domaine de la santé mentale, ce qui se traduit par une prévalence plus faible de mauvaise santé mentale autodéclarée ou une prévalence plus faible d'épisodes dépressifs majeurs. Cet effet disparaît en grande partie après 10 ans de vie au Canada, et ne s'applique pas à l'ensemble des groupes d'immigrants, pays d'origine ou vagues d'immigration (48). Le fardeau du processus d'établissement (49), les facteurs de stress liés à l'acculturation, l'incertitude économique et la discrimination (50) sont parmi les facteurs qui mènent à la perte de cet avantage en matière de santé.

ENCADRÉ 2
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

La santé mentale constitue un concept occidental qui, pour les membres des Premières Nations, peut être entendu comme le niveau d'équilibre entre les sphères spirituelle, physique, émotionnelle et mentale (39). Cette vision englobante et harmonieuse de la vie intègre l'idée selon laquelle l'équilibre dépend également des liens qu'entretiennent les personnes avec leur communauté, leur famille, leurs ancêtres et la nature (40). En conséquence, la vulnérabilité des membres des Premières Nations face au déclin de leur santé mentale reflète une perturbation de leur équilibre qui découle directement des attaques d'ordre spirituel associées à diverses politiques coloniales (41). Il s'agit en particulier des politiques adoptées par les gouvernements entre les années 1800 et la fin des années 1980, ainsi que les politiques qui ont une incidence sur la prestation de services d'aide sociale à l'enfance de nos jours. Ces politiques ont eu pour effet de retirer des générations d'enfants membres des Premières Nations de leur famille pour les élever dans des environnements dans lesquels la culture des Premières Nations était absente (42). Si la séparation des enfants de leur famille est déjà traumatisante en soi, il était courant – et il le demeure – que les enfants subissent divers types de mauvais traitements et des lacunes en matière de soins (p. ex. mauvais traitements psychologiques, lacunes dans les soins de santé). Ces situations créent des obstacles au développement de mécanismes d'adaptation adéquats, de relations enrichissantes et de compétences parentales qui contribuent à promouvoir la santé mentale auprès des générations futures (41,43). Il en résulte que beaucoup de membres des Premières Nations vivent de la victimisation (p. ex. du racisme) et éprouvent un sentiment de séparation, un manque d'appartenance et de la méfiance (par exemple envers les institutions gouvernementales telles que les écoles et les hôpitaux) (44,45). Cela débouche souvent sur un niveau accru de stress et de réactions psychologiques néfastes qui peuvent favoriser la maladie mentale (38,42). De plus, la rupture des membres des Premières Nations avec leur culture et la création de réserves sous le contrôle du gouvernement ont éloigné les membres des Premières Nations de leur relation à la terre, de leurs modes de vie, et de leurs sources de subsistance économique (p. ex., la migration pour la chasse). En plus du caractère éloigné et rural de nombreuses collectivités, le développement socioéconomique dans de nombreuses collectivités de Premières Nations est entravé et les possibilités de réussite scolaire, d'emploi et d'accès à des soins de santé sont moins nombreuses. Les services de santé mentale en particulier sont souvent inexistants, et dans les cas où ils sont accessibles, ils peuvent ne pas être appropriés sur le plan culturel, ce qui crée des obstacles supplémentaires au rétablissement de l'équilibre (44,45).

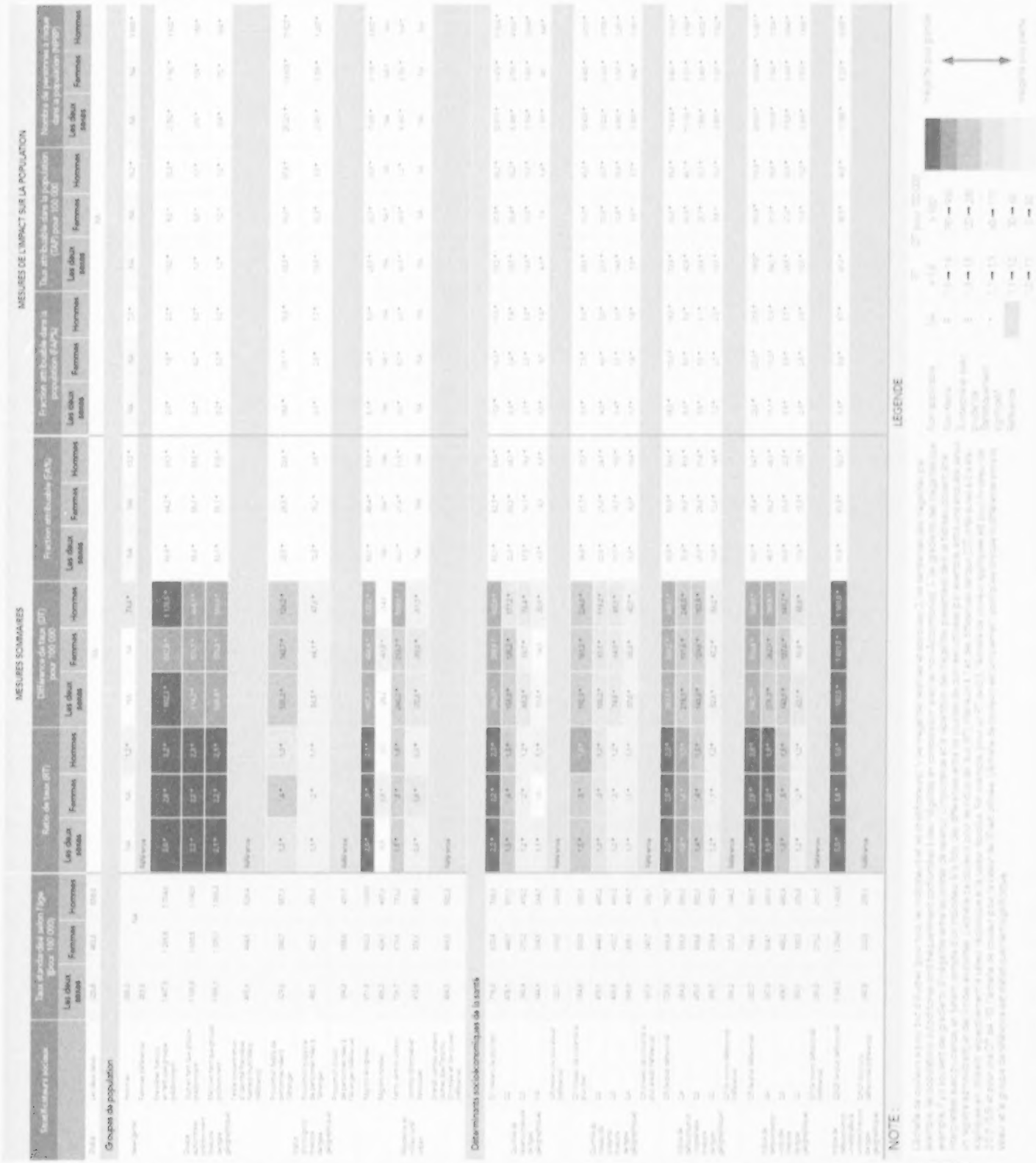
La santé mentale constitue un aspect fondamental de la capacité des êtres humains à vivre et à profiter de la vie (9). L'AESM en tant qu'indicateur de la santé mentale globale laisse paraître une distribution inégale dans la population, les inégalités en matière de perception de la santé mentale étant fréquentes pour une vaste gamme de stratificateurs sociaux tels que l'orientation sexuelle, la situation d'emploi, et l'identité autochtone. On constate également l'existence d'un gradient socioéconomique en ce qui concerne la faible AESM, le taux augmentant généralement à mesure que le revenu, le niveau de scolarité et le niveau de spécialisation de l'emploi diminuent.

En examinant les hospitalisations liées à la santé mentale, on constate des inégalités similaires en fonction des déterminants sociaux mesurés à l'échelle du quartier. Si les facteurs de risques individuels existent bel et bien, les facteurs environnementaux, économiques et sociaux jouent également un rôle de premier plan. La prévalence accrue d'hospitalisations liées à la santé mentale au sein de certaines populations est fortement influencée par les déterminants sociaux de la santé.

Le fait de s'attaquer à ces inégalités par des politiques ayant une incidence sur les influences plus générales telles que le statut socioéconomique (4), le soutien social (5), le sentiment d'appartenance à la communauté (6), la limitation des activités, l'adaptation au rôle social (7), et l'utilisation de services (8) nécessitera des interventions en amont autant sur le plan de la recherche que de l'action. La mesure systématique des inégalités en santé qui touchent les Canadiens présentant une faible santé mentale perçue contribuera à orienter et à renforcer les interventions visant à réduire les différences relevées et leurs répercussions. En retour, la surveillance continue des inégalités en santé entre les groupes sociodémographiques et socioéconomiques permettra de voir comment ces groupes évoluent au fil du temps et d'orienter les programmes, les politiques et la recherche visant à réduire les inégalités et la prévalence relatives à la santé mentale perçue.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour la faible autoévaluation de la santé mentale.
Source des données : ESCC 2010-2013

Annexe 2. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour les hospitalisations liées à la santé mentale.
Source des données : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, ICIS, 2009–2012



Références

(1) Agence de la santé publique du Canada. Promotion de la santé mentale : promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous même [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2014 [mis à jour le 6 mai 2014; page consultée le 7 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-mentale/promotion-sante-mentale.html.

(2) Mawani FN, Gilmour H. Validation de l'autoévaluation de la santé mentale. Rapports sur la santé, 2010, vol. 21, n° 3, p. 68-80.

(3) Ahmad F, Jhajj AK, Stewart DE, Burghardt M, Bierman AS. Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. BMC health services research. 2014 Sept;14(1):398.

(4) Honjo K, Kawakami N, Takeshima T, Tachimori H, Ono Y, Uda H, *et al.* Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan . J Epidemiol. 2006 Dec;16(6):223-32.

(5) Mulvaney-Day N, Alegria M, Sribney W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States 2007 S. Soc Sci Med. 2007 Jan;64(2):447-95.

(6) Shields M. Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé. Rapports sur la santé, Statistique Canada, 2015, vol. 19, n° 2, p. 57-67.

(7) Fleishman J, Zuvekas S. Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. Med Care. 2007 july;45(7):602-9.

(8) Katz S, Kessler R, Frank R, Leaf P, Lin E, Edlund M. The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: The impact of mental morbidity and perceived need for care. Am J Public Health. 1997 July;87(7):1136.

(9) Organisation mondiale de la Santé. La santé mentale : renforcer notre action (Aide mémoire n° 220) [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2016 [mis à jour en 2016]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/.

(10) Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada [Internet]. Calgary (Alberta) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. Accessible à l'adresse : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf.

(11) World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.

(12) Statistique Canada. [Internet]. Santé mentale perçue, selon le groupe d'âge et le sexe (passable ou mauvaise (%)) [mis à jour en 2016; page consultée le 23 novembre 2017; environ 2 écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health110d-fra.htm.

(13) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(14) Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. [Internet]. Outil de données sur les inégalités en santé à

l'échelle du Canada [mise à jour en 2017]. Accessible à l'adresse : http://odesi2.scholarsportal.info/webview/index.jsp?object=http://142.150.190.128:80%2Fobj%2FfStudy%2Fcchs-82M0013-E-2014-Annual-component&mode=documentation&v=2&top=yes.

(15) Institute for Health Metrics and Evaluation. What health problems cause the most disability? [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Accessible à l'adresse : http://www.healthdata.org/canada.

(16) Pearson C, Janz T, Ali J. Coup d'oeil sur la santé : troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : ministre de l'Industrie; 2013. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.pdf.

(17) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2015 : La consommation d'alcool au Canada [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2015-consommation-alcool-canada.html.

(18) Smetanin P, Stiff D, Briante C, Adair CE, Ahmad S, Khan M. The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041 (RiskAnalytica pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada). 2011.

(19) Lim K, Jacobs B, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 2008, vol. 28, n° 3, p. 103-110.

(20) Agence de la santé publique du Canada. Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : ministre de la santé; 2015. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf.

(21) Institut canadien d'information sur la santé. Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2009–2010 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé; 2012. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/Mental%20Health%20Annual%20Report%202009-2010%20FY_2012_FR-web.pdf.

(22) Chen J, Wilkins R, Ng E. Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. *Rapports sur la santé*, 1996, vol. 8, n° 3, p. 31-41.

(23) (23) Edwards N. Action on the Social and Structural Determinants of Health: Defining a Research Agenda. 2011.

(24) André A. Determinants of self-reported mental health using the British Household Panel Survey. J Ment Health Policy Econ. 2004 Jun;7:99-106.

(25) Jurkowski JM, Westin EL, Rossy-Millan J. Latina self-reported mental health and delay in health care in a new Latino destination. Women Health. 2010 Mar;50(3):213-28.

(26) Jorm AF, Bourchier SJ, Cvetkovski S, Stewart G. Mental health of Indigenous Australians: a review of findings from community surveys. Med J Aust. 2012 Feb;196(2):118-21.

(27) Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. Horm Behav. 2006;50(4):534-8.

(28) Agence de la santé publique du Canada, Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2012 : le sexe et le genre – leur influence importante sur la santé [Internet]. Gouvernement du Canada; 2012 [mise à jour en 2012]. Accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2012/index-fra.php.

(29) Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada [Internet]. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006. Accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf.

(30) Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 2011 Apr;68(4):419-27.

(31) Orpana HM, Lemyre L, Gravel R. Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social. *Rapports sur la santé*, 2009, vol. 20, n° 1, p. 21-29.

(32) Pharr JR, Moonie S, Bungum TJ. The impact of unemployment on mental and physical health, access to health care and health risk behaviors. ISRN Public Health. 2011;2012:1-7.

(33) Zimmerman E, Woolf S, Haley A. Understanding the relationship between education and health: A review of the evidence and an examination of community perspectives. Population health. 2015 Sept.

(34) Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006 Dec;32(6):443-62.

(35) Tjepkema M. Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada [Internet]. Toronto (Ontario) : Statistique Canada; 2008. Accessible à l'adresse : https://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10532-fra.pdf.

(36) King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008 Aug;8(1):70.

(37) Loppie S, Reading C, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones [Internet]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009 [page consultée le 9 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20(French).pdf.

(38) Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. The Canadian Journal of Psychiatry. 2000;45(7):607-16.

(39) Lavallee LF, Poole JM. Beyond recovery: Colonization, health and healing for Indigenous people in Canada. International Journal of Mental Health and Addiction. 2010;8(2):271-81.

(40) Dumont J. First Nations regional longitudinal health survey (RHS) cultural framework. 2005.

(41) Wilk P, Maltby A, Cooke M. Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada—a scoping review. Public Health Rev. 2017;38(1):8.

(42) Hackett C, Feeny D, Tompa E. Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. J Epidemiol Community Health. 2016 Nov;70(11):1096-105.

(43) Tait C, Henry R, Walker RL. Child welfare: A social determinant of health for Canadian First Nations and Métis children. Pimatisiwin: A Journal for Aboriginal and Indigenous Community Health. 2013;11(1):39-53.

(44) Nelson S. Remise en question des hypothèses cachées : les normes coloniales en tant que déterminants de la santé mentale des Autochtones [Internet]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2012 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-ColonialNorms-Nelson-fr.pdf.

(45) Loppie S, Reading C, de Leeuw S. L'effet du racisme sur les autochtones et ses conséquences [Internet]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2014 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-AboriginalExperiencesRacismImpacts-Loppie-Reading-deLeeuw-FR.pdf.

(46) Lou Y, Beaujot R. What happens to the 'Healthy immigrant effect': the mental health of immigrants to Canada. PSC Discussion Papers Series. 2005;19(15):1.

(47) Bergeron P, Auger N, Hamel D. Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada. Revue canadienne de santé publique, 2009, vol. 100, n° 3, p. 215-220.

(48) Islam F. Examining the «Healthy Immigrant Effect» for mental health in Canada. UTMJ. 2013 May;90(4):169.

(49) Robert A, Gilkinson T. Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. 2012.

(50) George U, Thomson MS, Chaze F, Guruge S. Immigrant mental health, a public health issue: Looking back and moving forward. International journal of environmental research and public health. 2015;12(10):13624-48.

ISSUES DE SANTÉ

ISSUES PAR CAUSE

INÉGALITÉS RELATIVES À L'ARTHRITE AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉ

- Pour 100 adultes canadiens, les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler présentent 21,6 cas d'arthrite de plus que chez ceux qui occupent un emploi. La prévalence de l'arthrite chez les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler représente 2,8 fois la prévalence chez les adultes qui ont un emploi.
- La prévalence de l'arthrite chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires est de 1,7 fois la prévalence chez les diplômés universitaires. Cela correspond à 8,5 cas d'arthrite en plus parmi les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, comparativement aux diplômés universitaires, pour 100 adultes au Canada.
- Il y a respectivement 9,4 et 9,2 cas d'arthrite de plus chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis que chez les non-Autochtones pour 100 adultes au Canada. La prévalence de l'arthrite dans ces deux groupes d'Autochtones correspond à 1,6 fois la prévalence chez les adultes non autochtones.
- La prévalence de l'arthrite chez les femmes représente 1,5 fois la prévalence chez les hommes. Ainsi, l'arthrite touche 6,5 femmes de plus que d'hommes pour 100 adultes au Canada.
- La prévalence de l'arthrite chez les femmes lesbiennes correspond à 1,5 fois la prévalence chez les femmes hétérosexuelles. Cela équivaut donc à 5,6 cas d'arthrite de plus chez les femmes lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles pour 100 femmes au Canada.
- Comparativement aux professionnels, les travailleurs non qualifiés présentent 4,6 cas d'arthrite de plus pour 100 adultes canadiens, tandis que les travailleurs semi-qualifiés présentent 2,9 cas d'arthrite de plus pour 100 adultes canadiens. Cela correspond à 1,4 et à 1,3 fois la prévalence de l'arthrite chez les professionnels.
- Chez les immigrants récents (≤ 10 ans au Canada), la prévalence de l'arthrite est de 0,6 fois celle enregistrée chez les adultes nés au Canada. Cela signifie que pour 100 adultes canadiens, il y a 7,5 cas d'arthrite en moins chez les immigrants récents que chez les personnes nées au Canada.

ACRONYME	NOM COMPLET
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance
RMR	Région métropolitaine de recensement
RP	Ratio de prévalence

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

L'arthrite correspond à l'inflammation des articulations et comprend plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux qui affectent les articulations, les tissus adjacents et les autres tissus conjonctifs (1). Les symptômes les plus courants de l'arthrite sont la douleur aux articulations, la raideur et la fatigue (1). Ces symptômes peuvent réduire la qualité de vie, engendrer une incapacité importante (2) et, dans certains cas, contribuer à une mort prématurée (3). Certaines formes d'arthrite telles que l'arthrite rhumatoïde et le lupus sont des affections générales qui touchent les organes en plus des articulations (1).

L'arthrite, qui comprend aussi l'arthrose et la goutte, est l'un des problèmes de santé chroniques les plus fréquents au Canada (1). Le nombre de Canadiens arthritiques devrait augmenter au cours des prochaines décennies et passer de 4,6 millions de personnes en 2011 à environ 7,5 millions de personnes (1 Canadien sur 5) en 2036 (2).

Le fardeau économique des trois principales formes d'arthrite (arthrose, arthrite rhumatoïde et goutte) était d'environ 1,4 milliard de dollars en 2008 au Canada, ce qui inclut les coûts directs (soins hospitaliers et médicaments) et les coûts indirects (mortalité uniquement) (4). L'arthrose, la forme la plus répandue d'arthrite, est responsable de plus de 90 % des arthroplasties du genou au Canada (5).

L'arthrite fait partie des indicateurs choisis pour mesurer les principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

Parmi les facteurs de risque non modifiables de l'arthrite se trouvent l'âge, le sexe et la génétique. Le surpoids et l'obésité augmentent le risque d'arthrose, tout comme les blessures aux articulations et les emplois comportant des tâches répétitives ou l'exécution répétée de flexions des articulations (1,6). Le tabagisme accroît le risque d'arthrite rhumatoïde. Des facteurs environnementaux peuvent aussi jouer un rôle dans l'apparition de certaines formes d'arthrite (7). Beaucoup de facteurs de risque modifiables (comme le tabagisme ou l'obésité) sont également associés aux déterminants sociaux de la santé (tels que le revenu et le niveau de scolarité). Des taux supérieurs d'arthrite ont été déclarés par les personnes vivant dans des secteurs caractérisés par des niveaux de pauvreté élevés (8).

MÉTHODES

Les données sur la prévalence de l'arthrite et les variables de stratification ont été obtenues par l'entremise de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) entre 2010 et 2013. Les réponses pertinentes provenaient des participants de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite (à l'exclusion de la fibromyalgie) de la part d'un professionnel de la santé. Les répondants devaient indiquer si la maladie devrait durer ou avait déjà duré six mois ou plus.

L'analyse portait sur les répondants de l'ESCC de 18 ans et plus. Les inégalités dans la prévalence de l'arthrite ont été évaluées par l'examen des différences relatives à l'arthrite en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Parmi les stratificateurs sociodémographiques se trouvent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine raciale ou culturelle, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle (18–59 ans)[23] et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession et la situation d'emploi (18–75 ans). Les données sur la prévalence ont été ajustées selon l'âge, d'après le Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, l'information sur l'arthrite est obtenue par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010 pour les répondants de 18 ans et plus. Les données ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population de 2011. Comme l'ESCC, l'ERS demandait si le répondant avait déjà reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé. Toutefois, parce que l'ERS n'excluait pas la fibromyalgie et ne demandait pas si la maladie devrait durer ou avait déjà duré six mois ou plus, les résultats ne sont pas directement comparables à ceux de l'ESCC.

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (9). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Toutefois, en raison des limites méthodologiques liées à la combinaison de deux ensembles de données (soit ceux de l'ESCC et de l'ERS), les résultats pour les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord n'ont pas été inclus dans le calcul des mesures de l'inégalité et sont rapportés ici en fonction de la prévalence seulement.

23. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

La prévalence globale de l'arthrite dans la population canadienne adulte de 18 ans et plus pour les années 2010 à 2013 était de 16,9 % (IC à 95 % : 16,7–17,1 %). Beaucoup de groupes sociaux ont connu des inégalités en ce qui a trait au fardeau de l'arthrite (annexe 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence de l'arthrite chez les femmes (20,0 %; IC à 95 % : 19,6–20,4 %) correspondait à 1,5 fois la prévalence chez les hommes (13,5 %; IC à 95 % : 13,2–13,8 %) (figure 1).

Peuples autochtones

Comparativement aux adultes non autochtones, chez qui la prévalence de l'arthrite atteignait 16,6 % (IC à 95 % : 16,4–16,9 %), 26,0 % (IC à 95 % : 24,1–28,0 %) des membres des Premières Nations vivant hors réserve avaient reçu un diagnostic d'arthrite. En ce qui a trait aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, selon l'ERS de 2008-2010, 25,2 % (IC à 95 % : 24,0–26,4) des membres des Premières Nations vivant dans une réserve avaient reçu un diagnostic d'arthrite[24]. La prévalence de l'arthrite était de 25,8 % (IC à 95 % : 23,6–28,1 %) chez les adultes métis et de 21,1 % (IC à 95 % : 15,7–26,4 %) chez les adultes inuits. Même si les Inuits affichaient la plus basse prévalence de l'arthrite parmi les peuples autochtones, cette différence n'était pas statistiquement significative (figure 2).

Comparativement aux adultes non autochtones, les adultes des Premières Nations vivant hors réserve présentaient 9,4 (IC à 95 % : 7,4–11,4 %) cas d'arthrite en plus pour 100 adultes, tandis que les adultes métis présentaient 9,2 (IC à 95 % : 6,9–11,5 %) cas d'arthrite en plus pour 100 adultes au Canada.

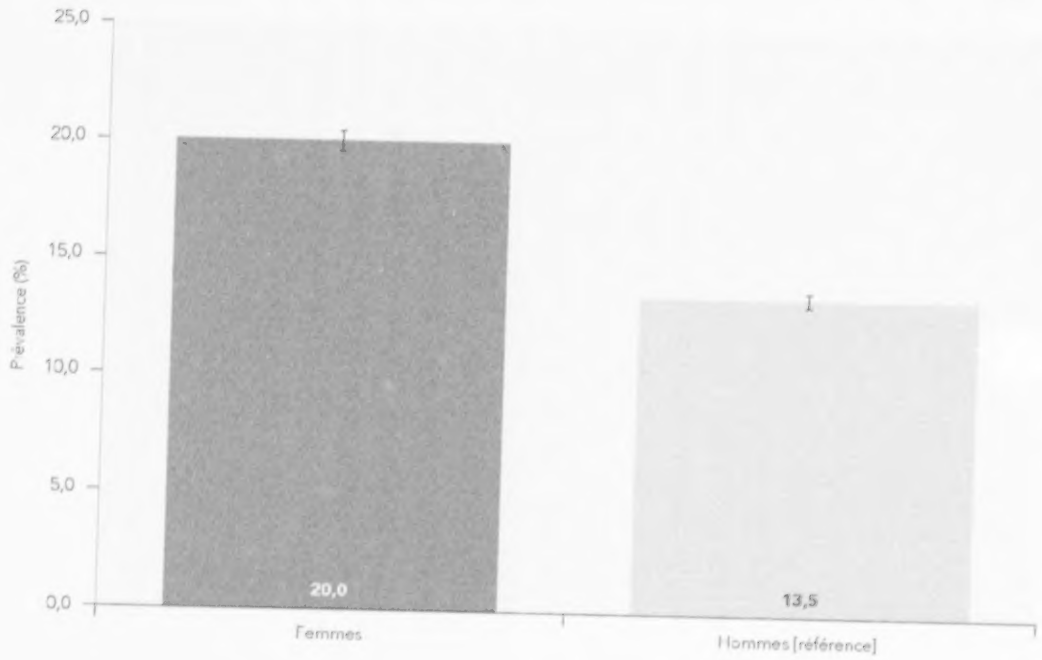
Si la prévalence de l'arthrite était la même chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 36,1 % (IC à 95 % : 31,1–41,1 %) de la prévalence dans la population des Premières Nations hors réserve. De même, si les adultes métis avaient la même prévalence de l'arthrite que les adultes non autochtones, la prévalence dans cette population serait réduite de 35,7 % (IC à 95 % : 29,8–41,5 %).

Si les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes métis avaient la même prévalence de l'arthrite que les adultes non autochtones, il y aurait respectivement 39 310 (IC à 95 % : 30 820–47 800) et 34 430 (IC à 95 % : 25 330–43 520) cas d'arthrite en moins dans la population adulte au Canada.

24. En raison de différences méthodologiques, les données de l'ERS et de l'ESCC ne sont pas directement comparables (voir la section Méthodes, ci-dessus). Les données de l'ERS sur la prévalence sont présentées parallèlement aux données de l'ESCC, afin de montrer l'ampleur approximative de l'inégalité entre, d'une part, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et, d'autre part, la population non autochtone. À cause des limites méthodologiques, les mesures de l'inégalité n'ont pas été calculées pour l'ensemble des données de l'ERS.

FIGURE 1

Arthrite selon le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013

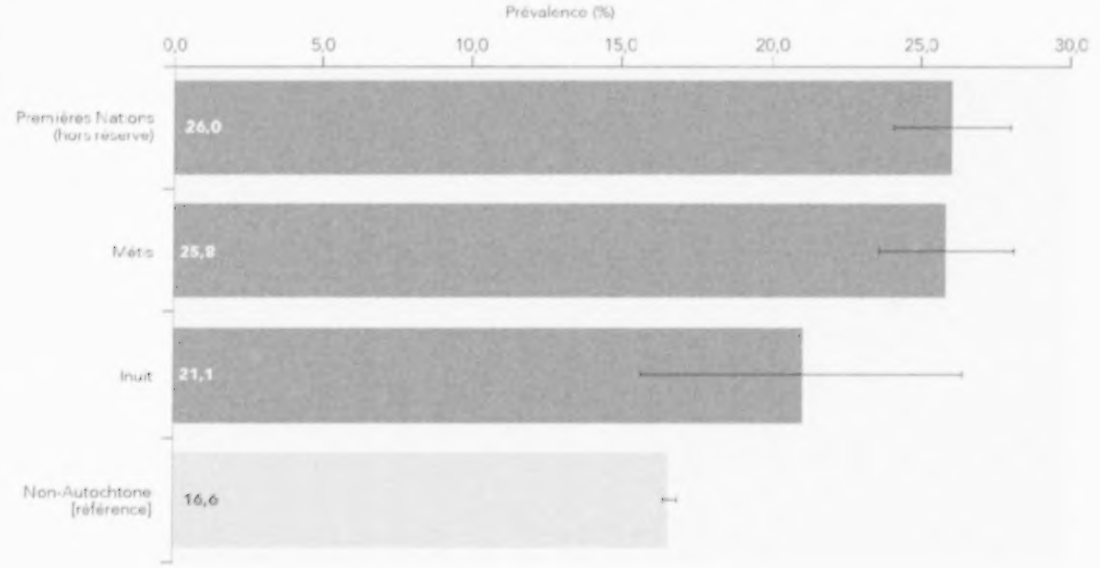


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Femmes	1,5*	6,5*	32,6*	19,7*	3,3*	893 170*
Hommes [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 2

Arthrite selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations (hors réserve)	1,6*	9,4*	36,1*	0,9*	0,1*	39 310*
Métis	1,6*	9,2*	35,7*	0,8*	0,1*	34 430*
Inuit	1,3	4,4	21,0*	0,0	0,0	1 260
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Composante annuelle 2010–2013

Origine culturelle ou raciale

La prévalence de l'arthrite tend à être plus grande chez les Blancs et les Latino-Américains adultes que dans les autres groupes culturels ou raciaux au Canada, soit 17,3 % (IC à 95 % : 17,0–17,6 %) et 18,1 % (IC à 95 % : 14,1–22,2 %), respectivement. Dans la population adulte, la plus faible prévalence de l'arthrite était de 10,7 % (IC à 95 % : 9,5–11,9 %) chez les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est; venaient ensuite les Asiatiques du Sud, à 12,4 % (IC à 95 % : 10,7–14,2 %) et les Noirs, à 14,7 % (IC à 95 % : 12,5–16,9 %). La prévalence de l'arthrite chez les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est adultes était de 0,6 (IC à 95 % : 0,6–0,7) fois la prévalence chez les Blancs adultes. Les adultes asiatiques du Sud avaient une prévalence de 0,7 (IC à 95 % : 0,6–0,8) fois la prévalence chez les adultes blancs, et les adultes noirs, une prévalence de 0,8 (IC à 95 % : 0,7–1,0) fois la prévalence chez les adultes blancs. Les différences entre les adultes blancs et latino-américains ou, arabes et asiatiques de l'Ouest n'étaient pas statistiquement significatives (figure 3).

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

La prévalence de l'arthrite chez les adultes canadiens ayant déclaré être bisexuels atteignait 13,3 % (IC à 95 % : 10,2–16,4 %). Cette proportion équivaut à 1,4 (IC à 95 % : 1,1–1,8) fois la prévalence chez ceux ayant déclaré être hétérosexuels (figure 4). Cela signifie qu'il y avait 4,1 (IC à 95 % : 1,0–7,2) cas d'arthrite en plus chez les adultes bisexuels que chez les adultes hétérosexuels pour 100 adultes (figure 4).

Si la prévalence de l'arthrite était la même chez les adultes bisexuels et les adultes hétérosexuels, il y aurait une réduction de 30,7 % (IC à 95 % : 14,7–46,7 %) de la prévalence chez les adultes bisexuels. Cela représenterait 8440 (IC à 95 % : 2040–14 840) cas d'arthrite en moins au Canada.

La prévalence de l'arthrite chez les femmes (de 18 à 59 ans) ayant indiqué être lesbiennes était de 16,5 % (IC à 95 % : 12,5–20,4 %). Cette proportion correspond à 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,9) fois la prévalence de l'arthrite chez les femmes hétérosexuelles (tableau 2). Pour 100 femmes adultes, on retrouve donc 5,6 (IC à 95 % : 1,6–9,6) cas d'arthrite en plus chez les femmes lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles (figure 4).

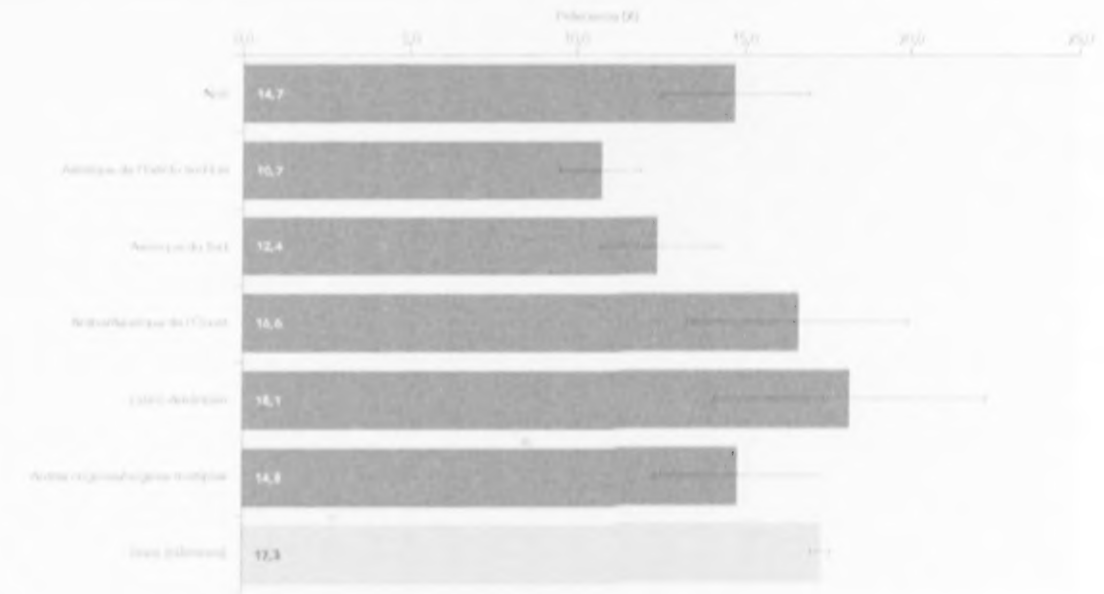
Si la prévalence de l'arthrite était la même chez les femmes lesbiennes et hétérosexuelles, il y aurait une réduction de 34 % (IC à 95 % : 17,0–51,0 %) de la prévalence chez les femmes lesbiennes. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la prévalence de l'arthrite chez les hommes ayant déclaré être gais, par rapport aux hommes hétérosexuels.

Statut d'immigrant

La prévalence de l'arthrite chez les immigrants adultes récents (≤ 10 ans au Canada) était de 10,3 % (IC à 95 % : 8,1–12,4 %), soit à peu près la moitié de celle chez les adultes non immigrants (ratio de prévalence [RP] = 0,6; IC à 95 % : 0,5–0,7). Chez les immigrants adultes de longue date (> 10 ans au Canada), la prévalence de l'arthrite atteignait 15,1 % (IC à 95 % : 14,4–15,7 %), à savoir 0,8 (IC à 95 % : 0,8–0,9) fois la prévalence chez les adultes non immigrants, laquelle était de 17,8 % (IC à 95 % : 17,5–18,1 %) (annexe 1).

FIGURE 3

Arthrite selon l'origine culturelle ou raciale, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%))	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Noir	0,8*	−2,6*	NA	NA	NA	NA
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	0,6*	−6,6*	NA	NA	NA	NA
Asiatique du Sud	0,7*	−4,9*	NA	NA	NA	NA
Arabe/Asiatique de l'Ouest	1,0	− 0,7	NA	NA	NA	NA
Latino-Américain	1,0	0,8	4,5	0,1	0,0	2 870
Autres origines/ origines multiples	0,9	− 2,5	NA	NA	NA	NA
Blanc (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 4

Arthrite selon l'orientation sexuelle et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–59 ans, 2010–2013

LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Bisexuel(le)	1,4*	4,1*	30,7*	0,5*	0,0*	8 440*
Lesbienne/Gai	1,1	1,0	9,9	0,1	0,0	2 710
Hétérosexuel(le) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Bisexuelle	1,3	3,0	21,4	0,4	0,0	4 330
Lesbienne	1,5*	5,6*	34,0*	0,5*	0,1*	5 680*
Hétérosexuelle [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Bisexuel	1,6[E]	4,3[E]	36,4[E]	0,3[E]	0,0*	2 590[E]
Gai	0,9	−1,1	NA	NA	NA	NA
Hétérosexuel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Revenu

La relation entre le revenu et l'arthrite était inverse : plus le revenu augmentait, plus la prévalence de l'arthrite diminuait. La prévalence de l'arthrite chez les adultes dans le quintile de revenu le plus faible était de 21,2 % (IC à 95 % : 20,5–21,9 %), ce qui était 1,5 (IC à 95 % : 1,4–1,6) fois la prévalence de l'arthrite chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé. Cela équivaut à 7,0 (IC à 95 % : 6,2–7,8) cas d'arthrite en plus pour 100 adultes dans le quintile de revenu le plus faible, par rapport au quintile de revenu le plus élevé. La prévalence de l'arthrite chez les adultes des deuxième, troisième et quatrième quintiles était respectivement de 17,8 % (IC à 95 % : 17,3–18,4 %), 16,5 % (IC à 95 % : 15,9–17,0 %) et 15,3 % (IC à 95 % : 14,8–15,8 %), c'est-à-dire 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,3), 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,2) et 1,1 (IC à 95 % : 1,0–1,1) fois la prévalence chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé (figure 5).

Si la prévalence de l'arthrite chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était aussi basse que chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 33,1 % (IC à 95 % : 29,9–36,2 %) de la proportion d'adultes atteints d'arthrite dans le quintile de revenu le plus faible et une réduction de 7,8 % (IC à 95 % : 6,9–8,7 %) de la proportion globale d'adultes atteints d'arthrite. Cette réduction se traduirait par 356 430 (IC à 95 % : 314 990–397 860) cas d'arthrite en moins au Canada.

> Si la prévalence de l'arthrite chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était aussi basse que chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé, il y aurait 356 430 cas d'arthrite en moins au Canada.

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

La prévalence de l'arthrite chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires se situait à 21,6 % (IC à 95 % : 20,9–22,4 %), soit 1,7 (IC à 95 % : 1,6–1,7) fois la prévalence parmi les diplômés universitaires (figure 6).

Si la prévalence chez les adultes ayant le plus bas niveau de scolarité était la même que chez les diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 39,5 % (IC à 95 % : 36,3–42,7 %) de la prévalence de l'arthrite chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Il y aurait également une baisse de 6,5 % (IC à 95 % : 5,8–7,1 %) de la prévalence globale de l'arthrite, ce qui se traduirait par 293 200 (IC à 95 % : 262 210–324 200) cas d'arthrite en moins à l'échelle nationale.

> Si la prévalence de l'arthrite était la même chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires que chez les diplômés universitaires, il y aurait 293 200 cas d'arthrite en moins au Canada.

La prévalence de l'arthrite chez les diplômés de l'école secondaire était de 18,0 % (IC à 95 % : 17,4–18,6 %), soit 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,5) fois la prévalence parmi les diplômés universitaires. Les inégalités relatives à la prévalence de l'arthrite étaient plus prononcées chez les hommes qui possédaient un certificat d'un collège communautaire, d'une école technique ou d'une université. Les hommes possédant ces types de formation affichaient une prévalence de l'arthrite correspondant à 1,5 (IC à 95 % : 1,4–1,6) fois la prévalence chez les diplômés universitaires de sexe masculin. En revanche, la prévalence de l'arthrite chez les femmes du même groupe représentait 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois la prévalence observée chez les diplômées universitaires (annexe 1).

FIGURE 5

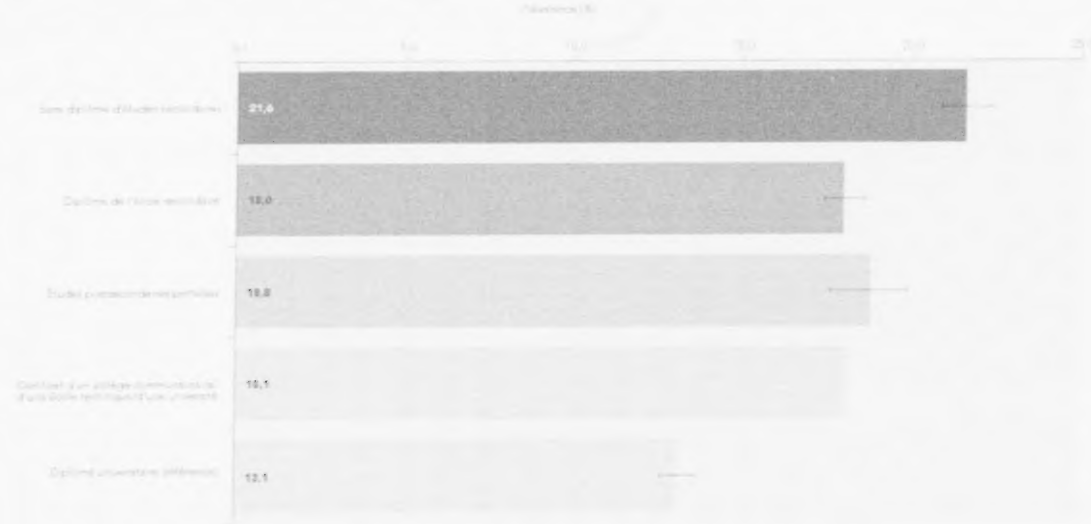
Arthrite selon le quintile de revenu, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013

	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus bas)	1,5*	7,0*	33,1*	7,8*	1,3*	356 430*
Q2	1,3*	3,7*	20,5*	4,1*	0,7*	186 520*
Q3	1,2*	2,3*	13,9*	2,6*	0,4*	116 850*
Q4	1,1*	1,1*	7,4*	1,3*	0,2*	58 800*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 6

Arthrite selon le niveau de scolarité, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	1,7*	8,5*	39,5*	6,5*	1,1*	293 200*
Diplôme de l'école secondaire	1,4*	5,0*	27,5*	4,9*	0,9*	223 540*
Études postsecondaires partielles	1,4*	5,7*	30,4*	1,9*	0,3*	86 800*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/ d'une université	1,4*	5,0*	27,6*	10,5*	1,8*	475 630*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Situation d'emploi et profession

La prévalence de l'arthrite chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était de 33,9 % (IC à 95 % : 31,6–36,1 %). Il s'agit de 2,8 (IC à 95 % : 2,6–3,0) fois la prévalence de l'arthrite chez les adultes ayant un emploi (c.-à-d. qui avaient un emploi la semaine précédente) (figure 7). Cet écart représente 21,6 cas en plus pour 100 adultes chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler par rapport à ceux qui ont un emploi.

Si la prévalence de l'arthrite chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était la même que chez les adultes ayant un emploi, il y aurait une réduction de 63,9 % (IC à 95 % : 61,3–66,4 %) de la prévalence chez les personnes ayant une incapacité permanente de travailler. Il y aurait également une baisse de 4,5 % (IC à 95 % : 4,0–5,0 %) de la prévalence globale de l'arthrite au Canada, ainsi que 158 350 (IC à 95 % : 139 890–176 810) cas d'arthrite en moins.

L'inégalité dans la prévalence de l'arthrite était plus prononcée chez les hommes dans toutes les catégories de situation d'emploi par rapport au groupe de référence. À titre d'exemple, la prévalence chez les hommes ayant une incapacité permanente de travailler équivalait à 3,0 (IC à 95 % : 2,7–3,3) fois la prévalence chez les hommes ayant un emploi, alors que la prévalence chez les femmes ayant une incapacité permanente de travailler représentait 2,5 (IC à 95 % : 2,2–2,7) fois la prévalence chez les femmes ayant un emploi.

Les adultes non qualifiés ou semi-qualifiés avaient une prévalence de l'arthrite de 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,6) et 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,4) fois la prévalence chez les professionnels. La prévalence de l'arthrite chez les personnes ayant indiqué occuper un poste de travailleur qualifié, technicien ou superviseur était de 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) fois celle chez les professionnels. La prévalence de l'arthrite était comparable chez les gestionnaires et les professionnels (annexe 1).

Dans la population adulte, si les travailleurs non qualifiés avaient la même prévalence de l'arthrite que les professionnels, il y aurait une réduction de 30,5 % (IC à 95 % : 22,2–38,8 %) de la prévalence chez les travailleurs non qualifiés. L'importance des inégalités selon la profession était similaire pour les hommes et les femmes.

Résidence en milieu urbain ou rural[25]

Les adultes vivant dans les grandes régions métropolitaines de recensement (RMR) de Toronto, Montréal et Vancouver affichaient une prévalence de l'arthrite de 14,3 % (IC à 95 % : 13,8–14,8 %). Il s'agit de 0,8 (IC à 95 % : 0,8–0,8) fois la prévalence chez les résidents des autres RMR (grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (annexe 1).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

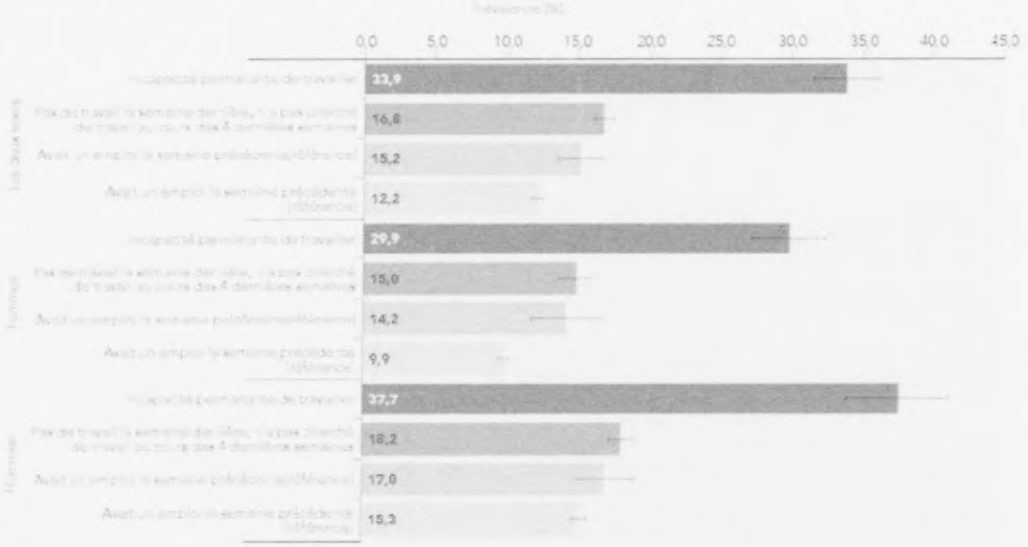
Les lacunes et limites des données devraient être considérées afin de mieux comprendre l'importance estimative des inégalités, ainsi qu'aux fins de comparaison future et de suivi des résultats rapportés.

Bien que la plupart des maladies chroniques soient autodéclarées avec une exactitude raisonnable par rapport aux dossiers médicaux, la surdéclaration et la sous-déclaration de l'arthrite sont courantes, mais suivent des tendances différentes chez les hommes et les femmes. Par exemple, les données probantes donnent à penser que les femmes plus âgées surdéclarent l'arthrite, alors que les hommes plus âgés sous-déclarent cette maladie (10). De plus, les données de l'ESCC ne permettent pas de comparer le risque associé aux différents types d'arthrite. Comme il a déjà été mentionné, l'arthrite englobe plus de 100 maladies et troubles distincts; or, l'ESCC n'a pas recueilli d'information sur les diverses formes d'arthrite. Il se pourrait que les différentes formes d'arthrite soient associées à des inégalités d'importance variable. L'analyse combinée des données sur toutes les formes d'arthrite pourrait avoir occulté certaines de ces relations. De plus,

25. Pour la définition des sous-groupes ruraux/urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 7

Arthrite selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité permanente de travailler	2,8*	21,6*	63,9*	4,5*	0,6*	158 350*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,4*	4,5*	26,9*	7,1*	1,0*	252 170*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,2*	3,0*	19,6*	0,9*	0,1*	33 420*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Incapacité permanente de travailler	2,5*	22,5*	59,5*	3,9*	0,7*	84 170*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,2*	2,9*	16,1*	4,7*	0,8*	101 280*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,1	1,7	10,1	0,4	0,1	8 740
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Incapacité permanente de travailler	3,0*	20,0*	66,8*	4,9*	0,6*	71 510*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,5*	5,1*	34,0*	7,6*	0,9*	109 340*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,4*	4,3*	30,3*	1,8*	0,2*	26 110*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

les données recueillies sur l'arthrite et les autres maladies chroniques supposent un diagnostic par un professionnel de la santé. Il est souvent plus difficile d'obtenir un diagnostic dans les collectivités éloignées, en raison d'un accès réduit aux professionnels de la santé, ce qui joue sur l'importance des inégalités rapportées entre les groupes démographiques en fonction de l'identité autochtone ou de la résidence en milieu rural ou urbain.

Puisque les données présentées sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité. Par exemple, la prévalence de l'arthrite était supérieure chez les répondants de l'ESCC qui étaient incapables de travailler. Même si cette observation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes incapables de travailler étaient plus à risque de souffrir d'arthrite, il se pourrait aussi que l'arthrite ait nui à leur capacité de travailler ou de chercher un emploi. La présente analyse avait pour objet d'illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la prévalence de l'arthrite dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis.

Les mesures quantifient les inégalités que connaissent des groupes sociaux définis, quoique de façon limitée. Les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici. La répartition inégale de la prévalence de l'arthrite au sein de grands groupes sociaux n'est pas non plus explorée. Le fardeau disproportionné de l'arthrite dans certains groupes dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (9), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

De plus, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène de certains groupes sociaux. Par exemple, comparer l'ensemble de la population immigrante à la population non immigrante ne révèle pas les nuances de l'inégalité au sein des différentes populations d'immigrants et entre ces populations. Cela peut aboutir à une surestimation ou à une sous-estimation du fardeau sanitaire qui pèse sur ces groupes (11). En fait, la prévalence de l'arthrite varie considérablement entre les populations d'immigrants de différents pays d'origine (12). Les différences culturelles dans la compréhension des questions de l'enquête et les obstacles linguistiques méritent aussi une attention particulière.

DISCUSSION

La prévalence de l'arthrite était plus grande chez les femmes que chez les hommes. Des constatations similaires ont été rapportées en Australie (13) et aux États-Unis (14). Les risques supérieurs pourraient découler de différences biologiques, de l'exposition aux facteurs de risque, de la sous-déclaration et de la surdéclaration, ainsi que des comportements liés à l'obtention d'un diagnostic (10).

La prévalence de l'arthrite était presque trois fois plus élevée chez les adultes qui présentaient une incapacité permanente de travailler que chez les adultes qui avaient un emploi. L'arthrite est une cause majeure d'invalidité menant au chômage. Un rapport canadien a révélé que plus de 70 % des personnes de 55 à 64 ans atteintes d'arthrite ne faisaient pas partie de la population active (1). Une autre étude canadienne a montré que l'arthrose, après ajustement pour les facteurs sociodémographiques, est indépendamment associée à un risque supérieur de perte d'emploi par suite d'invalidité ou de maladie (15). De même, 18 % des Américains occupant un emploi ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite, contre 27 % de ceux qui étaient sans emploi, mais avaient travaillé antérieurement (14).

Les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes métis affichaient une prévalence de l'arthrite plus élevée de 60 % par rapport aux adultes non autochtones. Des études menées en Alberta ont indiqué que certaines formes d'arthrite, telles que l'arthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux disséminé, touchaient davantage la population des Premières Nations que d'autres populations (16,17). En Nouvelle-Zélande, les adultes maoris avaient une probabilité 1,3 fois plus élevée d'être atteints d'arthrite que les adultes non maoris (18). En comparaison de la population générale des États-Unis, une prévalence supérieure de l'arthrite a été observée dans la population autochtone de l'Alaska, mais pas chez les Amérindiens vivant dans le Sud-Ouest américain (19).

L'association entre l'arthrite et le niveau de scolarité est bien documentée (20). Parce que l'arthrite peut toucher des personnes de tous âges, elle pourrait contribuer à un niveau d'instruction moindre, tandis qu'un niveau de scolarité inférieur pose un risque accru d'arthrite. Un faible niveau de scolarité a aussi été signalé comme un facteur important qui influence l'évolution de l'arthrite, notamment en ce qui concerne la douleur et la fonction physique (8).

Il existe une relation bien définie entre le revenu et la prévalence de l'arthrite au Canada. De même, aux États-Unis, 25 % des personnes « pauvres » ont indiqué être atteintes d'arthrite, contre 20 % de celles qui n'étaient « pas pauvres » (14). En Nouvelle-Zélande, les adultes vivant dans les zones les plus défavorisées sur le plan socioéconomique avaient des taux supérieurs d'arthrite (18).

De façon cohérente avec nos constats, une étude nationale menée auprès d'adultes des États-Unis a révélé une prévalence de l'arthrite supérieure et statistiquement significative chez les femmes lesbiennes, par rapport aux femmes hétérosexuelles (36,3 % contre 24,2 %) (27). Une autre étude régionale a fait état d'un risque d'arthrite élevé, mais non statistiquement significatif chez les femmes lesbiennes et bisexuelles de 50 ans et plus, par rapport aux femmes hétérosexuelles du même âge (rapport de cotes ajusté de 1,29; IC à 95 % : 0,99–1,67)(28).

En Suède, les travailleurs manuels, ainsi que les travailleurs non manuels occupant des postes auxiliaires et intermédiaires courraient un risque d'arthrite rhumatoïde accru de presque 20 % par rapport aux travailleurs non manuels dont la situation d'emploi était « supérieure » (29). De même, un examen récent a révélé que l'arthrose était plus fréquente chez les titulaires de postes non professionnels et qu'elle entraînait chez eux des résultats plus défavorables (8).

La prévalence inférieure de l'arthrite chez les immigrants récents pourrait être en partie attribuable à l'effet de l'« immigrant en santé », à savoir que les immigrants qui arrivent dans un pays sont en meilleure santé que la population née dans ce pays (1). La prévalence inférieure de l'arthrite que nous avons observée chez les adultes asiatiques rejoint les constatations d'une autre étude, selon laquelle les adultes asiatiques vivant au Canada (y compris les adultes chinois, asiatiques du Sud, asiatiques de l'Ouest et asiatiques de l'Est) avaient des taux d'arthrite inférieurs par rapport aux adultes blancs (20). Dans la population néo-zélandaise, ce sont également les adultes asiatiques qui affichaient la plus faible prévalence (18).

L'arthrite est l'un des problèmes de santé chroniques les plus fréquents au Canada. Il s'agit d'une cause majeure de morbidité, d'invalidité et d'utilisation des soins de santé (30). La prévalence de l'arthrite est la plus élevée chez les adultes qui ont une incapacité de travailler, mais elle est également élevée chez les femmes, les Premières Nations et les Métis. De plus, il existe un gradient socioéconomique dans la prévalence de cette maladie, à savoir que la proportion de personnes affirmant avoir reçu un diagnostic d'arthrite diminue à mesure que les niveaux de scolarité et de revenu augmentent.

ENCADRÉ 1
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Les taux nationaux d'arthrite chez les Premières Nations semblent élevés, mais ils varient probablement d'une collectivité à l'autre et sont le fruit de nombreux facteurs interreliés. Beaucoup de ces facteurs découlent de la colonisation. Par exemple, le système des pensionnats indiens a fait en sorte que des générations d'enfants des Premières Nations ont été enlevées de force à leur famille et élevées dans des écoles sous-financées, où les installations étaient inadéquates et le personnel, mal formé (21). La maltraitance était omniprésente, y compris le manque de nourriture, la malnutrition et la faim (22). Les effets de ces traumatismes sur le développement des enfants se sont répercutés sur les générations suivantes et aujourd'hui encore, ils continuent de prédisposer de nombreuses personnes des Premières Nations à des issues de santé négatives, dont l'arthrite. Ces effets peuvent se manifester directement, par des déficiences immunitaires, ou indirectement, par des changements métaboliques qui augmentent le risque d'obésité, un facteur de risque de l'arthrite (23-26).

Parmi les autres facteurs coloniaux possibles des taux élevés d'arthrite se trouve la création des réserves à la suite de l'adoption de la *Loi sur les Indiens*. Les membres des Premières Nations n'étaient plus libres de voyager pour les échanges, de suivre les mouvements de migration des animaux pour la chasse, ou de récolter diverses espèces végétales (26). Ils ont été ainsi séparés de leurs terres et de leurs modes de vie traditionnels. Le fait d'isoler les gens dans des réserves a restreint leur mobilité, et leur environnement s'est dégradé à cause de l'industrialisation et de l'extraction massive des ressources (notamment par les industries minières et forestières) (26). Ensemble, ces conditions ont réduit la capacité des membres des Premières Nations de se prévaloir des facteurs de protection contre l'arthrite, comme la pratique d'activités physiques et la consommation d'aliments de qualité, qui peuvent aider à régulariser le poids, à accroître la force musculaire et à améliorer le fonctionnement du système immunitaire (22,25).

La prévalence disproportionnée de l'arthrite dans certains groupes découle d'un système complexe de facteurs biologiques, sociaux et structurels, qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris. Une meilleure connaissance de ces facteurs facilitera l'élaboration de politiques ciblées, en vue de réduire les inégalités relatives à l'arthrite. Notamment, il serait utile de préciser l'exposition aux facteurs de risque et aux situations à risque, les comportements liés à la recherche d'un diagnostic, la sous-déclaration et la surdéclaration, ainsi que les différences biologiques (10). La recherche et les interventions concernant les éléments qui influencent en amont les inégalités relatives à l'arthrite contribueront aussi à réduire la prévalence, à améliorer les issues cliniques et à aplanir les inégalités. La surveillance continue de l'arthrite, de ses déterminants et des inégalités connexes dans les différents groupes sociodémographiques et socioéconomiques appuiera les interventions, fournira des données probantes pour les programmes, les politiques et la recherche, et révélera tout changement dans les données au fil du temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'arthrite.
Source des données : ESCC 2010-2013

Stratificateurs sociaux		Prévalence standardisée selon l'âge (%)			Ratio de prévalence (RP)			Différence de prévalence (DP) pour 100			Fraction attribuable (FAE)			Fraction attribuable dans la population (FAP%)			Taux attribuable dans la population (TAP) pour 100			Nombre de personnes à risque dans la population (NPAR)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Global	Les deux sexes	16.9	20.0	13.5	NA									NA								
Groupes de population																						
Sexe/genre	Femmes	20.0	NA		NA	1.5 *	NA	NA	6.5 *	NA	NA	22.6 *	NA	NA	19.7 *	NA	NA	3.3 *	NA	NA	893 170 *	NA
	Hommes (référence)	13.5			Référence																	
Identité autochtone	Premières Nations hors réserve	26.0	30.5	20.9	1.6 *	1.5 *	1.6 *	9.4 *	10.8 *	7.6 *	36.1 *	35.4 *	36.5 *	0.9 *	0.9 *	0.8 *	0.1 *	0.2 *	0.1 *	39 330 *	23 700 *	15 180 *
	Métis	25.8	28.3	21.1	1.6 *	1.4 *	1.7 *	9.2 *	8.6 *	9.9 *	35.7 *	30.5 *	42.7 *	0.8 *	0.6 *	1.0 *	0.1 *	0.1 *	0.1 *	34 430 *	16 840 *	17 630 *
	Inuit	21.1	25.8	18.2 E	1.3	1.3	1.4 E	4.4	6.2	4.9 E	21.0 *	23.9	27.0 E	0.0	3.0	0.0 E	0.0	0.0	0.0 E	1 260	783	770 E
	Non-Autochtone (référence)	16.6	19.7	13.3	Référence																	
Origine culturelle/raciale	Noir	14.7	18.8	9.6	0.8 *	0.9	0.7 *	-2.6 *	-1.7	-4.3 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Asiatique de l'Est/Sud-Est	10.7	12.1	8.6	0.6 *	0.6 *	0.6 *	-6.6 *	-8.3 *	-5.2 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Asiatique du Sud	12.4	16.3	8.8	0.7 *	0.8 *	0.6 *	-4.9 *	-4.1 *	-5.1 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Arabe/Asiatique de l'Ouest	16.6	18.5	14.8	1.0	0.9	1.1	-0.7	-2.0	0.9	NA	NA	6.2	NA	NA	0.1	NA	NA	0.0	NA	NA	2 130
	Latino-Américain	18.1	23.9	11.4 E	1.0	1.2	0.8 E	0.3	3.4	-2.5 E	4.5	14.4	NA	0.1	0.2	NA	0.0	0.0	NA	2 570	5 120	NA
	Autres origines/origines multiples	14.8	19.0	10.8	0.9	0.9	0.8 *	-2.5	-1.5	-3.1 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Blanc (référence)	17.3	20.4	13.9	Référence																	
Orientation sexuelle (âges 18 – 59 ans)	Bisexuel(le)	13.3	13.8	11.8 E	1.4 *	1.3	1.6 * E	4.1 *	3.0	4.3 * E	30.7 *	21.4	36.4 * E	0.5 *	2.4	0.3 * E	0.0 *	0.0	0.0 E	3 440 *	4 330	2 590 * E
	Lesbienne/Gai	10.2	16.5	6.5	1.1	1.5 *	0.9	1.6	5.6 *	-1.1	9.9	34.0 *	NA	0.1	0.5 *	NA	0.0	0.1 *	NA	2 730	5 620 *	NA
	Hétérosexuel(le) (référence)	9.2	10.9	7.5	Référence																	
Statut d'immigrant	Récent	10.3	13.3	7.4 E	0.6 *	0.6 *	0.5 * E	-7.5 *	-7.5 *	-7.1 * E	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	De longue date	15.1	18.6	11.2	0.8 *	0.9 *	0.8 *	-2.7 *	-2.2 *	-3.3 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Non-immigrant (référence)	17.8	20.8	14.5	Référence																	
Résidence en milieu rural/urbain	Régions éloignées	20.4	23.2	17.4	1.3 *	1.1 *	1.2 *	2.6 *	2.1 *	3.4 *	12.3 *	5.9 *	19.6 *	0.9 *	0.6 *	1.6 *	0.2 *	0.1 *	0.2 *	42 470 *	18 660 *	27 580 *
	Régions rurales	17.9	20.6	15.2	1.0	1.0	1.1 *	0.2	-0.5	1.2 *	0.9	NA	7.3 *	0.1	NA	1.0 *	0.0	NA	0.1 *	4 830	NA	16 960 *
	Petits centres urbains	19.1	22.6	15.4	1.1 *	1.1 *	1.1 *	1.4 *	1.5 *	1.4 *	7.1 *	6.4 *	8.0 *	1.0 *	0.9 *	1.3 *	0.2 *	0.2 *	0.2 *	45 310 *	24 950 *	22 370 *
	Toronto, Montréal et Vancouver	14.3	17.2	10.9	0.8 *	0.8 *	0.8 *	-3.5 *	-3.9 *	-3.1 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (référence)	17.5	21.1	14.0	Référence																	
Déterminants socioéconomiques de la santé																						
Quintile de revenu provincial	Q1 (revenu le plus bas)	21.2	24.4	16.5	1.5 *	1.4 *	1.4 *	7.0 *	7.0 *	4.6 *	32.1 *	28.7 *	27.8 *	7.8 *	7.5 *	5.5 *	1.2 *	1.5 *	0.1 *	296 430 *	206 730 *	97 930 *
	Q2	17.8	20.5	14.5	1.3 *	1.2 *	1.2 *	3.7 *	3.1 *	2.6 *	20.5 *	15.3 *	17.9 *	4.1 *	3.1 *	3.8 *	0.7 *	0.6 *	0.5 *	186 520 *	85 990 *	64 520 *
	Q3	16.5	18.9	13.0	1.2 *	1.1 *	1.1 *	2.3 *	2.5 *	1.1 *	13.9 *	12.5 *	8.2 *	2.6 *	2.3 *	1.5 *	0.4 *	0.5 *	0.2 *	116 250 *	62 590 *	27 150 *
	Q4	15.3	17.8	13.0	1.1 *	1.0	1.1 *	1.1 *	0.4	1.1 *	7.4 *	2.4	8.5 *	1.3 *	3.4	1.7 *	0.2 *	0.1	0.2 *	58 300 *	30 820	29 810 *
	Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	14.2	17.4	11.9	Référence																	
Niveau de scolarité (âges 20 ans et plus)	Sans diplôme d'études secondaires	21.6	25.4	17.8	1.7 *	1.5 *	1.7 *	8.3 *	8.8 *	7.6 *	39.5 *	34.0 *	42.6 *	6.5 *	5.6 *	7.2 *	1.1 *	1.2 *	1.0 *	293 200 *	153 390 *	128 500 *
	Diplôme de l'école secondaire	18.0	21.6	13.4	1.4 *	1.3 *	1.3 *	5.0 *	5.1 *	3.2 *	27.5 *	22.5 *	23.7 *	4.9 *	4.3 *	3.9 *	0.9 *	0.9 *	0.5 *	223 540 *	110 650 *	65 740 *
	Études postsecondaires partielles	18.8	22.2	15.2	1.4 *	1.3 *	1.5 *	5.7 *	5.7 *	5.0 *	30.4 *	25.6 *	33.0 *	1.9 *	1.5 *	2.2 *	0.3 *	0.3 *	0.3 *	86 300 *	42 520 *	38 810 *
	Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	18.1	21.0	14.9	1.4 *	1.3 *	1.5 *	5.0 *	4.5 *	4.7 *	27.6 *	21.2 *	31.6 *	10.5 *	7.8 *	12.5 *	1.5 *	1.6 *	1.7 *	475 630 *	214 920 *	222 320 *
	Diplôme universitaire (référence)	13.1	16.5	10.2	Référence																	
Situation d'emploi (âges 18-75 ans)	Incapacité permanente de travailler	33.9	37.7	29.9	2.8 *	2.5 *	3.0 *	21.6 *	22.5 *	20.0 *	63.9 *	59.5 *	66.0 *	4.5 *	3.9 *	4.9 *	0.6 *	0.7 *	0.6 *	150 350 *	84 170 *	71 510 *
	Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	15.2	17.0	14.2	1.2 *	1.1	1.4 *	3.0 *	1.7	4.3 *	19.6 *	10.1	30.3 *	0.9 *	0.4	1.5 *	0.1 *	0.1	0.2 *	33 620 *	5 740	26 180 *
	Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	16.8	18.2	15.0	1.4 *	1.2 *	1.5 *	4.5 *	2.9 *	5.1 *	26.9 *	16.1 *	34.0 *	7.1 *	4.7 *	7.6 *	1.0 *	0.8 *	0.9 *	252 170 *	103 230 *	109 340 *
	Avait un emploi la semaine précédente (référence)	12.2	15.3	9.9	Référence																	
Profession (âges 18–75 ans)	Non qualifié	15.1	18.5	11.8	1.4 *	1.4 *	1.5 *	4.6 *	5.7 *	4.0 *	30.5 *	30.6 *	34.1 *	2.6 *	2.7 *	2.0 *	0.4 *	0.4 *	0.3 *	80 540 *	49 190 *	35 050 *
	Semi-qualifié	13.4	16.1	10.6	1.3 *	1.3 *	1.4 *	2.9 *	3.2 *	2.8 *	27.6 *	20.1 *	26.4 *	4.4 *	4.3 *	4.0 *	0.6 *	0.7 *	0.5 *	123 700 *	79 510 *	60 330 *
	Qualifié/Technicien/Superviseur	12.4	15.8	10.5	1.2 *	1.2 *	1.4 *	1.9 *	2.9 *	2.8 *	15.2 *	18.3 *	26.2 *	3.7 *	3.5 *	8.2 *	0.5 *	0.6 *	0.9 *	112 770 *	64 400 *	102 770 *
	Gestionnaire	10.3	13.6	8.5	1.0	1.1	1.1	-0.2	0.7	0.8	NA	5.0	9.1	NA	3.3	0.7	NA	0.0	0.1	NA	4 020	8 720
	Professionnel (référence)	10.5	12.9	7.8	Référence																	

NOTE :

LÉGENDE

Références

(1) Agence de la santé publique du Canada. Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/lwaic-vaaac-10/pdf/arthritis-2010-fra.pdf

(2) Arthritis Community Research & Evaluation Unit. A profile of arthritis in Canada [Internet]. Toronto: Arthritis Society; 2015 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://arthritis.ca/getmedia/870886f4-602c-4589-a584-0d582d962706/arthritis-in-Canada-2013.pdf.

(3) Kelly C, Hamilton J. What kills patients with rheumatoid arthritis? Rheumatology. 2007 Sept;46(2):183-4

(4) Agence de la santé publique du Canada. [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Le fardeau économique de la maladie au Canada [mise à jour le 20 juin 2014; page consultée le 20 février 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/ebic-femc/index-fra.php.

(5) Arthritis Society. Arthritis in Canada: facts & figures [Internet]. Ottawa : Arthritis Society; 2015 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://arthritis.ca/getmedia/43e83e3e-1a54-4fda-81d5-042ffaf9983f/Arthritis-Facts-Figures-EN.pdf

(6) Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2016 Feb 10. Risk Factors [mise à jour le 9 mai 2016; page consultée le 20 février 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.cdc.gov/arthritis/basics/risk-factors.htm.

(7) Edwards C, Cooper C. Early environmental factors and rheumatoid arthritis. Clinical & Experimental Immunology. 2006 Oct;143(1):1-5.

(8) Luong MN, Cleveland RJ, Nyrop KA, Callahan LF. Social determinants and osteoarthritis outcomes. Aging health. 2012;8(4):413-37.

(9) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(10) Kriegsman DM, Penninx BW, Van Eijk, Jacques Th M, Boeke AJP, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly: a study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. J Clin Epidemiol. 1996;49(12):1407-17.

(11) Chen J, Wilkins R, Ng E. Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Rapports sur la santé 1996 hiver;8(3):31-41.

(12) Rotermann M. Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants. Rapports sur la santé. Décembre 2011;22(4):37.

(13) Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2014. Australia's health series no. 14. Cat. no. AUS 178.[Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2014 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.aihw.gov.au/getmedia/d2946c3e-9b94-413c-898c-aa5219903b8c/16507.pdf.aspx?inline=true.

(14) Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics: national health interview survey: table A-4. Age-adjusted percentages (with standard erors) of selected diseases and conditions among adults aged 18 and over, by selected characteristics: United States, 2014 [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2014_SHS_Table_A-4.pdf.

(15) Sharif B, Garner R, Sanmartin C, Flanagan WM, Hennessy D, Marshall DA. Risk of work loss due to illness or disability in patients with osteoarthritis: a population-based cohort study. Rheumatology. 2016;55:861.

(16) Barnabe C, Jones CA, Bernatsky S, Peschken CA, Voaklander D, Homik J, *et al.* Inflammatory arthritis prevalence and health services use in the First Nations and Non–First Nations populations of Alberta, Canada. Arthritis care & research. 2017;69(4):467-74.

(17) Barnabe C, Joseph L, Belisle P, Labrecque J, Edworthy S, Barr SG, *et al.* Prevalence of systemic lupus erythematosus and systemic sclerosis in the First Nations population of Alberta, Canada. Arthritis care & research. 2012;64(1):138-43.

(18) N New Zealand Ministry of Health. Annual update of key results 2014/15: New Zealand Health Survey [Internet]. Wellington: New Zealand Ministry of Health; 2015 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.health.govt.nz/publication/annual-update-key-results-2014-15-new-zealand-health-survey.

(19) Ferucci ED, Schumacher MC, Lanier AP, Murtaugh MA, Edwards S, Helzer LJ, *et al.* Arthritis prevalence and associations in American Indian and Alaska Native people. Arthritis Care & Research. 2008 July;59(8):1128-36.

(20) Cañizares M, Power JD, Perruccio AV, Badley EM. Association of regional racial/cultural context and socioeconomic status with arthritis in the population: a multilevel analysis. Arthritis Care & Research. 2008 Feb;59(3):399-407.

(21) Boksa P, Joober R, Kirmayer LJ. Mental wellness in Canada's Aboriginal communities: striving toward reconciliation. J Psychiatry Neurosci. 2015 Nov;40(6):363-5.

(22) Mosby I, Galloway T. "Hunger was never absent": How residential school diets shaped current patterns of diabetes among Indigenous peoples in Canada. Can Med Assoc J. 2017;189(32):E1043-5.

(23) Teramoto M, Breukelman F, Gatto FA, Moonie S. Risk and Protective Factors for Arthritis Status and Severity. Online journal of public health informatics. 2013;5(1).

(24) Mosby I, Galloway T. 'The abiding condition was hunger': assessing the long-term biological and health effects of malnutrition and hunger in Canada's residential schools. British Journal of Canadian Studies. 2017;30(2):147-62.

(25) Stein AD, Lumey LH. The relationship between maternal and offspring birth weights after maternal prenatal famine exposure: the Dutch Famine Birth Cohort Study. Human biology. 2000:641-54.

(26) Scher JU, Sczesnak A, Longman RS, Segata N, Ubeda C, Bielski C, *et al.* Expansion of intestinal Prevotella copri correlates with enhanced susceptibility to arthritis. Elife. 2013 Nov 5;2:e01202.

(27) Ward BW, Joestl SS, Galinsky AM, Dahlhamer JM. Selected Diagnosed Chronic Conditions by Sexual Orientation: A National Study of US Adults, 2013. Prev Chronic Dis. 2015 Nov 5;12:E192.

(28) Fredriksen-Goldsen KI, Kim H, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. Am J Public Health. 2013;103(10):1802-9.

(29) Bengtsson C, Nordmark B, Klareskog L, Lundberg I, Alfredsson L. Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. Ann Rheum Dis. 2005;64(11):1588.

(30) Agence de la santé publique du Canada. [Internet]. Vivre avec l'arthrite au Canada : un défi de santé personnel et de santé publique [mise à jour en 2010; accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/lwaic-vaaac-10/3-fra.php#t13.

INÉGALITÉS RELATIVES
À L'ASTHME AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La prévalence de l'asthme chez les adultes qui sont en permanence sans emploi correspond à 2,4 fois la prévalence chez les adultes qui occupent un emploi. Cela équivaut à 10,7 cas d'asthme en plus pour 100 adultes qui sont en permanence sans emploi, par rapport à ceux qui ont un emploi.
- La prévalence de l'asthme chez les femmes lesbiennes correspond à 1,8 fois la prévalence chez les femmes hétérosexuelles. Cela signifie qu'il y a 7,4 cas d'asthme en plus pour 100 personnes chez les femmes lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles.
- La prévalence de l'asthme chez les adultes bisexuels est de 1,7 fois la prévalence chez les adultes hétérosexuels. Cela correspond à 6,0 cas d'asthme en plus pour 100 personnes chez les adultes bisexuels par rapport aux adultes hétérosexuels.
- La prévalence de l'asthme chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires est de 1,6 fois la prévalence chez les diplômés universitaires. Il y a donc 3,6 cas d'asthme en plus pour 100 personnes chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, en comparaison des diplômés universitaires.
- La prévalence de l'asthme chez les adultes métis et les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve correspond à 1,6 fois la prévalence chez les adultes non autochtones. Cela signifie qu'il y a 5,0 cas d'asthme en plus pour 100 personnes chez les adultes métis et les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, par rapport aux adultes non autochtones.
- La prévalence de l'asthme chez les adultes du groupe au revenu le plus faible représente 1,4 fois la prévalence chez les adultes du groupe au revenu le plus élevé. Cet écart équivaut à 2,9 cas d'asthme de plus pour 100 personnes chez les adultes du groupe au revenu le plus faible par rapport aux adultes du groupe au revenu le plus élevé.
- La prévalence de l'asthme chez les immigrants récents représente la moitié de celle observée chez les non-immigrants. Pour 100 adultes, cela correspond à 4,8 cas d'asthme de moins chez les immigrants récents que chez les non-immigrants.

ACRONYME	NOM COMPLET
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
RP	Ratio de prévalence

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

L'asthme est une affection inflammatoire chronique des voies respiratoires, caractérisée par des bronchospasmes et par une obstruction réversible des voies respiratoires. Les symptômes de l'asthme incluent la toux, la respiration sifflante, l'essoufflement et l'oppression thoracique. Les crises d'asthme sont souvent à l'origine de visites à l'urgence et d'hospitalisations, et elles peuvent, dans de rares cas, conduire au décès (1). L'asthme est un important problème de santé publique (1), ainsi qu'une maladie complexe et multifactorielle (2).

L'asthme peut nuire à la qualité de la vie des personnes atteintes sur le plan physique, psychologique ou social (3,4). En 2014, 2,4 millions de Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré être atteints d'asthme (Statistique Canada, 2016). Malheureusement, environ les deux tiers des personnes qui indiquent faire de l'asthme ne maîtrisent pas la maladie de façon optimale (4). Les coûts directs et indirects de l'asthme au Canada sont estimés à 2,2 milliards de dollars annuellement (5).

Les causes de l'asthme ne sont pas bien comprises, mais les facteurs de risque comprennent une prédisposition générique combinée à l'exposition à des allergènes en suspension dans l'air, comme les squames d'animaux domestiques, les acariens, les moisissures, la fumée de tabac, les produits chimiques irritants en milieu de travail et la pollution atmosphérique (1). L'obésité est un facteur de risque, et l'association entre l'obésité et l'asthme est plus marquée chez les femmes que chez les hommes (6,7). Les crises d'asthme peuvent être déclenchées par l'exposition à des allergènes, ainsi que par des infections respiratoires, l'exercice, le stress, certains médicaments tels que l'aspirine et l'exposition à l'air froid (1).

L'asthme est très fréquent chez les enfants et se manifeste plus souvent chez les garçons; chez les adultes, il touche davantage les femmes (8). Le fardeau de l'asthme est réparti inégalement dans la population; un vaste ensemble de preuves convaincantes montre des associations entre l'asthme et le statut socioéconomique (9-12), les caractéristiques du quartier (2), les conditions de logement (13) et les soutiens sociaux (14).

L'asthme a été choisi parmi les indicateurs des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur la prévalence de l'asthme et les variables de stratification ont été obtenues par l'entremise de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) entre 2010 et 2013. Les asthmatiques ont été définis comme les personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme de la part d'un professionnel de la santé.

L'analyse de la prévalence de l'asthme portait sur les répondants de l'ESCC de 18 ans et plus. Les inégalités dans la prévalence de l'asthme ont été évaluées par l'examen des différences relatives à la prévalence de l'asthme en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Parmi les stratificateurs sociodémographiques se trouvent le sexe ou le genre, l'identité autochtone (Premières Nations, Inuits ou Métis), l'origine raciale ou culturelle, le statut d'immigrant, l'orientation

sexuelle (18–59 ans)[26] et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession (18–75 ans) et la situation d'emploi (18–75 ans). Les données sur la prévalence ont été standardisées selon l'âge, en fonction des données du Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, l'information sur l'asthme est obtenue par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010 pour les répondants de 18 ans et plus. Les données ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population de 2011. Bien que la question concernant le diagnostic d'asthme soit formulée de façon légèrement différente dans l'ERS et l'ESCC, l'indicateur est jugé comparable. (Pour de l'information plus détaillée, voir le chapitre Méthodologie.)

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (15). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Toutefois, en raison des limites méthodologiques liées à la combinaison de deux ensembles de données (soit ceux de l'ESCC et de l'ERS), les résultats pour les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord n'ont pas été inclus dans le calcul des mesures de l'inégalité et sont rapportés ici en fonction de la prévalence seulement.

26. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Selon les estimations, 8,0 % (IC à 95 % : 7,8–8,2 %) des Canadiens de 18 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme. La plupart des groupes démographiques affichaient des inégalités dans la prévalence de l'asthme (annexe 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence de l'asthme était de 9,4 % (IC à 95 % : 9,1–9,6 %) chez les femmes et de 6,6 % (IC à 95 % : 6,3–6,9 %) chez les hommes, soit un écart de 2,8 % (IC à 95 % : 2,4–3,1 %). Si la prévalence de l'asthme était aussi basse chez les femmes que chez les hommes, il y aurait 377 960 (IC à 95 % : 324 580–431 340) cas d'asthme en moins au Canada. Cela représenterait une réduction de 17,5 % (IC à 95 % : 15,1–20,0 %) de la prévalence nationale de l'asthme (figure 1).

Peuples autochtones

La prévalence de l'asthme chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve était de 12,8 % (IC à 95 % : 11,0–14,7), tout comme chez les adultes métis (12,8 %, IC à 95 % : 11,1–14,6). En comparaison, la prévalence était de 7,9 % (IC à 95 % : 7,7–8,1 %) chez les adultes non autochtones. Par conséquent, la prévalence de l'asthme chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes métis représentait, pour ces deux populations, 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,9) fois la prévalence chez les adultes non autochtones (figure 2).

Si la prévalence était aussi basse dans ces deux groupes que chez les adultes non autochtones, elle atteindrait 38,6 % (IC à 95 % : 29,5–47,8 %) chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et 38,8 % (IC à 95 % : 30,1–47,4 %) chez les adultes métis. Cette diminution se traduirait par 20 680 (IC à 95 % : 12 980–28 380) cas d'asthme en moins chez les adultes des Premières Nations hors réserve et 18 580 (IC à 95 % : 11 810–25 350) cas en moins chez les adultes métis au Canada (figure 2).

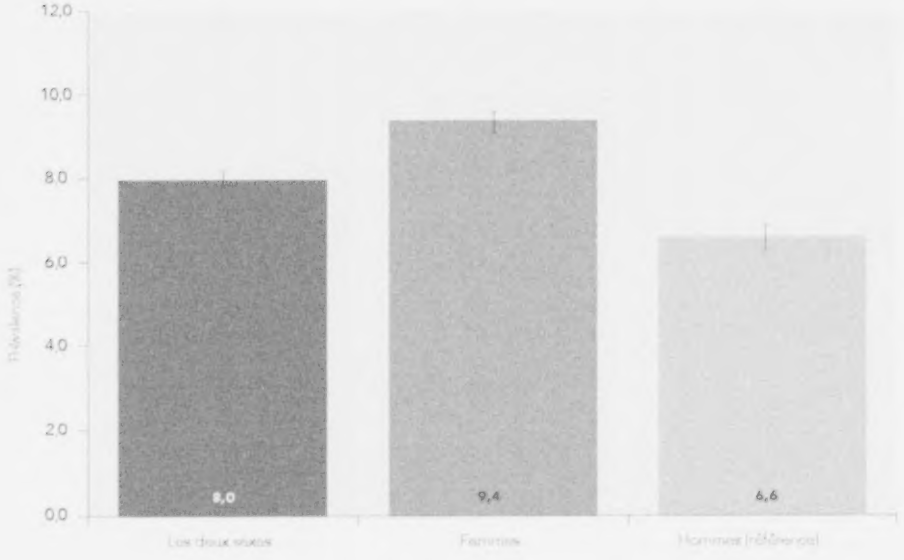
Chez les adultes inuits, la prévalence était de 12,0 % (IC à 95 % : 6,9–17,1), mais ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en raison de la forte variabilité de l'échantillonnage.

En 2008-2010, la prévalence de l'asthme chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et dans des collectivités du Nord atteignait 10,1 % (IC à 95 % : 9,3–10,9 %)[27]. La prévalence de l'asthme était presque deux fois plus élevée chez les femmes (13,5 %, IC à 95 % : 12,2–14,7 %) que chez les hommes (6,8 %, IC à 95 % : 6,0–7,7 %).

27. Les données de l'ERS sur la prévalence sont présentées parallèlement aux données de l'ESCC, afin de montrer l'ampleur approximative de l'inégalité entre, d'une part, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et, d'autre part, la population non autochtone. À cause des limites méthodologiques, les mesures de l'inégalité n'ont pas été calculées pour l'ensemble des données de l'ERS.

FIGURE 1

Asthme selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013

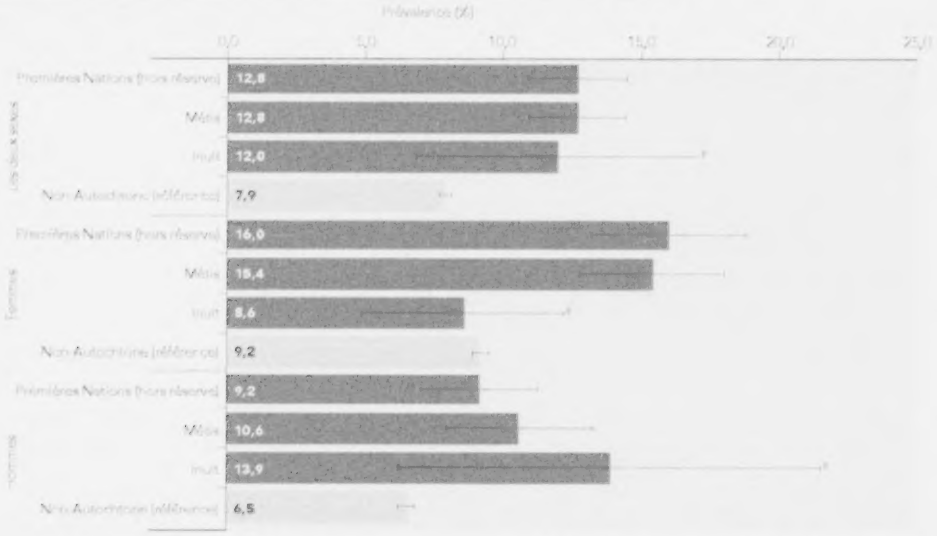


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Femmes	1,4*	2,8*	29,5*	17,5*	1,4*	377 960*
Hommes [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 2

Asthme selon l'identité autochtone et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations (hors réserve)	1,6*	5,0*	38,6*	1,0*	0,1*	20 680*
Métis	1,6*	5,0*	38,8*	0,9*	0,1*	18 580*
Inuit	1,5[E]	4,1[E]	34,5[E]	0,1[E]	0,0[E]	1 170[E]
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Premières Nations (hors réserve)	1,7*	6,8*	42,6*	1,2*	0,1*	14 970*
Métis	1,7*	6,2*	40,4*	0,9*	0,1*	12 170*
Inuit	0,9[E]	-0,6[E]	NA	NA	NA	NA
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Premières Nations (hors réserve)	1,4*	2,7*	29,3*	0,6*	0,0*	5 320*
Métis	1,6*	4,1*	39,0*	0,8*	0,1*	7 370*
Inuit	2,1[E]	7,4[E]	53,3*[E]	0,1[E]	0,0[E]	1 160[E]
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Origine culturelle ou raciale

Au Canada, l'asthme touchait davantage les adultes blancs que ceux appartenant à d'autres groupes culturels ou raciaux. Dans la population adulte, la plus faible prévalence de l'asthme se situait à 4,2 % (IC à 95 % : 3,5–5,0 %) chez les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est; venaient ensuite les Asiatiques du Sud, à 6,1 % (IC à 95 % : 4,9–7,3 %) et les Noirs, à 6,3 % (IC à 95 % : 4,6–7,9 %). La prévalence de l'asthme chez les adultes d'Asie de l'Est et du Sud-Est, les adultes asiatiques du Sud et les adultes noirs représentait respectivement 0,5 (IC à 95 % : 0,4–0,6 %), 0,7 (IC à 95 % : 0,6–0,9) et 0,7 (IC à 95 % : 0,5–0,9) fois la prévalence chez les adultes blancs (annexe 1).

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

La prévalence de l'asthme chez les adultes canadiens ayant déclaré être bisexuels était de 14,1 % (IC à 95 % : 11,2–16,9 %), soit 1,7 (IC à 95 % : 1,4–2,1) fois la prévalence chez les adultes ayant déclaré être hétérosexuels (figure 3). La prévalence chez les adultes ayant déclaré être gais ou lesbiennes était de 11,1 % (IC à 95 % : 8,6–13,5 %), ce qui est 1,4 (IC à 95 % : 1,1–1,7) fois plus élevé que chez les adultes hétérosexuels (figure 3).

Si la prévalence de l'asthme était aussi basse chez les adultes bisexuels que chez les adultes hétérosexuels, elle serait réduite de 42,4 % (IC à 95 % : 29,8–54,9 %) chez les adultes bisexuels. Il y aurait alors 12300 (IC à 95 % : 6330–18270) cas d'asthme en moins au Canada (figure 3).

La prévalence de l'asthme chez les femmes ayant indiqué être lesbiennes était de 16,7 % (IC à 95 % : 12,1–21,4 %), ce qui correspond à 1,8 (IC à 95 % : 1,3–2,3) fois la prévalence de l'asthme chez les femmes hétérosexuelles. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la prévalence de l'asthme chez les hommes gais, par rapport aux hommes hétérosexuels.

Statut d'immigrant

La prévalence de l'asthme chez les immigrants adultes récents (≤ 10 ans au Canada) était de 4,3 % (IC à 95 % : 2,9–5,7 %), soit 0,5 (IC à 95 % : 0,3–0,6) fois la prévalence chez les adultes non immigrants. Chez les immigrants de longue date (> 10 ans au Canada), la prévalence de l'asthme était de 5,3 % (IC à 95 % : 4,7–5,8 %), à savoir 0,6 (IC à 95 % : 0,5–0,6) fois la prévalence chez les adultes non immigrants (figure 4).

Revenu

La relation entre la prévalence de l'asthme et le revenu était inverse : si le revenu augmentait, la prévalence diminuait. La prévalence chez les adultes dans le quintile de revenu le plus faible était de 9,9 % (IC à 95 % : 9,3–10,4 %), soit 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,5) fois la prévalence chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé (figure 5).

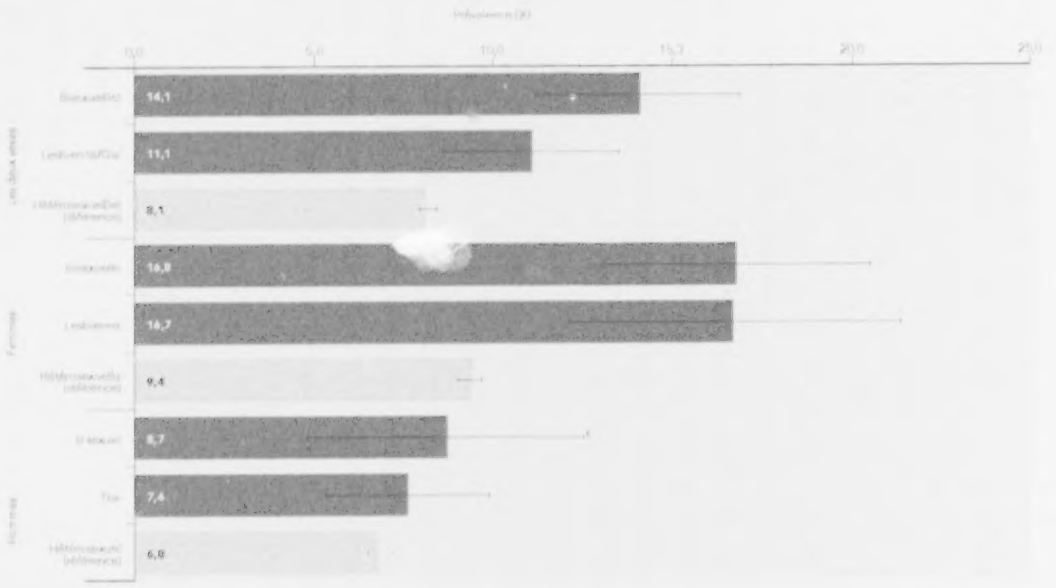
Si la prévalence de l'asthme chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était la même que chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 29,3 % (IC à 95 % : 23,9–34,7 %) de la proportion d'adultes atteints dans le quintile de revenu le plus faible. Cela se traduirait par une réduction de 6,8 % (IC à 95 % : 5,3–8,3 %) de la proportion globale d'adultes atteints d'asthme, ainsi que par 146790 (IC à 95 % : 114140–179440) cas d'asthme en moins.

> Si la prévalence de l'asthme était aussi basse chez les personnes du quintile de revenu le plus faible que chez les personnes ayant un revenu élevé, il y aurait une réduction de 29,3 % de la prévalence de l'asthme chez les personnes du quintile du revenu le plus faible. Cela se traduirait par 146790 cas d'asthme en moins au Canada.

L'importance des inégalités relatives à la prévalence de l'asthme en fonction du revenu était similaire chez les hommes et les femmes (figure 5).

FIGURE 3

Asthme selon l'orientation sexuelle et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–59 ans, 2010–2013

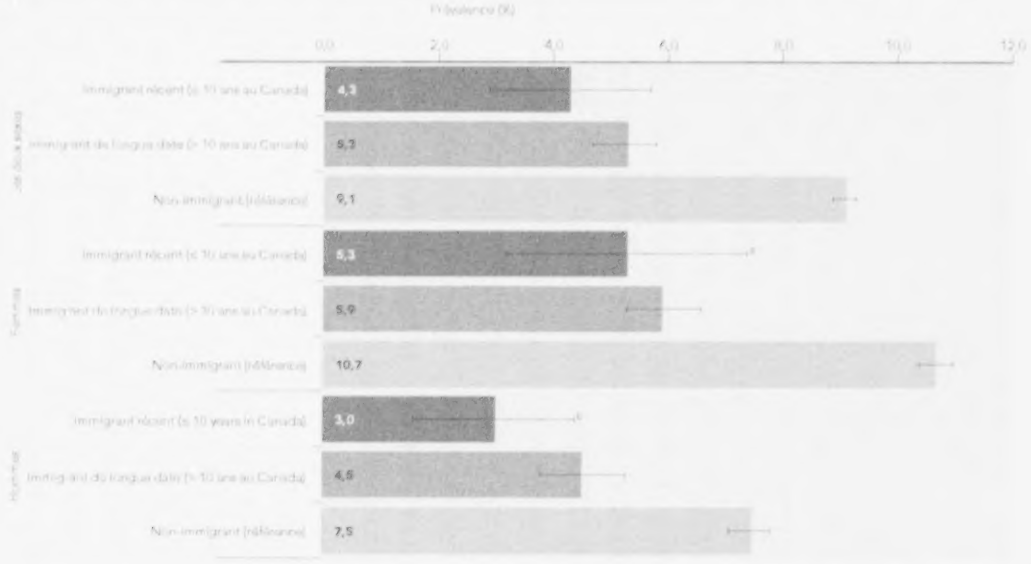


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP))
Bisexuel(le)	1,7*	6,0*	42,4*	0,7*	0,1*	12 300*
Lesbienne/Gai	1,4*	2,9*	26,7*	0,5*	0,0*	7 870*
Hétérosexuel(le) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Bisexuelle	1,8*	7,4*	44,2*	1,1*	0,1*	10 840*
Lesbienne	1,8*	7,4*	44,1*	0,8*	0,1*	7 490*
Hétérosexuelle [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Bisexuel	1,3[E]	1,8[E]	21,0[E]	0,2[E]	0,0[E]	1 090[E]
Gai	1,1	0,8[E]	10,2[E]	0,2[E]	0,0[E]	1 280[E]
Hétérosexuel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 4

Asthme selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013

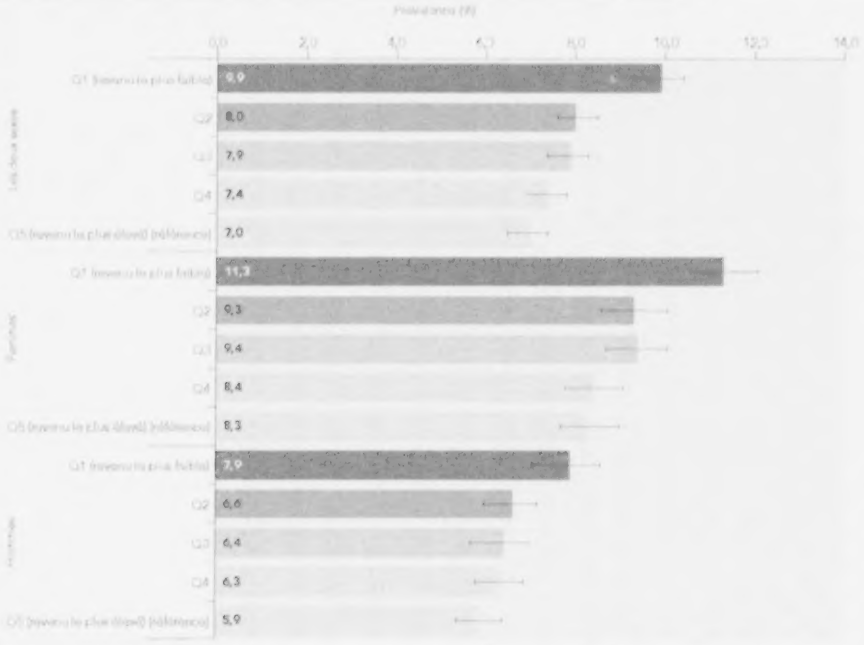


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤ 10 ans au Canada)	0,5*	−4,8*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,6*	-3,8*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Immigrant récent (≤ 10 ans au Canada)	0,5*[E]	−5,4*[E]	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,6*	-4,8*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Immigrant récent (≤ 10 ans au Canada)	0,4*[E]	−4,5*[E]	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,6*	−2,9*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 5

Asthme selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RF)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%))	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	1,4*	2,9*	29,3*	6,8*	0,5*	146 790*
Q2	1,2*	1,1*	13,4*	2,6*	0,2*	54 880*
Q3	1,1*	0,9*	11,6*	2,2*	0,2*	46 580*
Q4	1,1	0,4	5,3	0,9	0,1	20 330
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,4*	3,0*	26,3*	6,8*	0,6*	87 830*
Q2	1,1	1,0	10,6	2,1	0,2	27 160
Q3	1,1*	1,0*	11,0*	2,0*	0,2*	26 190*
Q4	1,0	0,1	0,9	0,1	0,0	1 890
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,3*	2,0*	25,1*	4,9*	0,3*	42 250*
Q2	1,1	0,7	10,5	1,9	0,1	16 350
Q3	1,1	0,5	7,7	1,4	0,1	12 470
Q4	1,1	0,5	7,2	1,4	0,1	12 410
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

Les niveaux de scolarité inférieurs étaient généralement associés à une prévalence supérieure de l'asthme. Par exemple, la prévalence chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires se situait à 10,3 % (IC à 95 % : 9,6–11,0 %). Il s'agissait de 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,7) fois la prévalence chez les diplômés universitaires (6,6 %, IC à 95 % : 6,2–7,0 %). Parmi les hommes et les femmes de tous les niveaux de scolarité, la prévalence de l'asthme était la plus élevée, à 13,5 %, chez les femmes qui n'avaient pas de diplôme d'études secondaires (figure 6).

Si la prévalence chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était aussi basse que chez les diplômés universitaires, la prévalence de l'asthme serait réduite de 35,5 % (IC à 95 % : 29,6–41,4 %) chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires et de 6,0 % (IC à 95 % : 4,7–7,4 %) à l'échelle nationale. Cela représenterait 125 350 (IC à 95 % : 97 670–153 030) cas d'asthme en moins au Canada.

Situation d'emploi et profession

La prévalence de l'asthme était plus élevée chez les adultes sans emploi que chez les adultes qui avaient un emploi. Parmi les adultes sans emploi à la recherche d'un travail, la prévalence était de 9,1 % (IC à 95 % : 8,0–10,2 %); chez les adultes sans emploi qui n'étaient pas à la recherche d'un travail, la prévalence était de 8,8 % (IC à 95 % : 8,2–9,4 %); chez les adultes ayant un emploi, la prévalence était inférieure, soit 7,4 % (IC à 95 % : 7,2–7,7 %) (figure 7).

Les adultes ayant une incapacité permanente de travailler affichaient la prévalence de l'asthme la plus élevée, soit 18,1 % (IC à 95 % : 16,0–20,2 %). Il s'agit de 2,4 (IC à 95 % : 2,1–2,7) fois la prévalence chez les adultes ayant un emploi. On compte ainsi 10,7 (IC à 95 % : 8,6–12,8) pour cent plus de cas d'asthme chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler (figure 7).

Si la prévalence de l'asthme chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était la même que chez les adultes ayant un emploi, il y aurait une réduction de 59 % (IC à 95 % : 53,9–64,1 %) de la prévalence de l'asthme chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler. La réduction globale au Canada serait de 3,8 % (IC à 95 % : 3,1–4,6 %). Cela représenterait 78 490 (IC à 95 % : 62 360–94 630) cas d'asthme en moins.

Lorsqu'on compare les personnes ayant une incapacité permanente de travailler et celles qui étaient sans emploi, l'inégalité dans la prévalence de l'asthme est légèrement plus élevée chez les femmes (ratio de prévalence [RP] = 2,6) que chez les hommes (RP = 2,1). La prévalence de l'asthme la plus élevée (22,4 %) se retrouvait chez les femmes en permanence incapables de travailler.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la prévalence de l'asthme selon le groupe professionnel (annexe 1).

Résidence en milieu urbain ou rural

Chez les adultes vivant à Toronto, Montréal et Vancouver[28], la prévalence de l'asthme atteignait 7,0 % (IC à 95 % : 6,6–7,4 %). Il s'agit de 0,8 (IC à 95 % : 0,8–0,9) fois la prévalence chez les adultes vivant dans les autres grands centres urbains. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la prévalence de l'asthme chez les adultes vivant dans les zones rurales et éloignées par rapport à ceux vivant dans les autres grands centres urbains (annexe 1).

28. Pour la définition des sous-groupes ruraux/urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 6

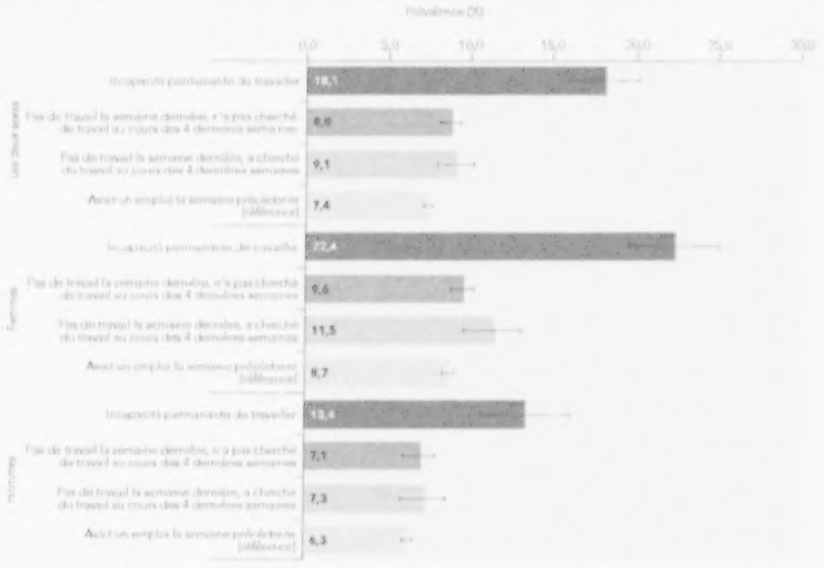
Asthme selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2013

LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	1,6*	3,6*	35,5*	6,0*	0,5*	125 350*
Diplôme de l'école secondaire	1,1*	1,0*	12,6*	2,1*	0,2*	43 050*
Études postsecondaires partielles	1,4*	2,5*	27,4*	1,8*	0,1*	38 030*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	1,2*	1,4*	17,2*	6,3*	0,5*	130 760*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	1,7*	5,7*	42,4*	7,9*	0,8*	99 660*
Diplôme de l'école secondaire	1,1*	1,0*	11,7*	1,9*	0,2*	24 090*
Études postsecondaires partielles	1,4*	2,7*	26,1*	1,6*	0,2*	20 580*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	1,2*	1,6*	17,2*	6,2*	0,6*	77 790*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	1,4*	2,2*	28,4*	4,4*	0,3*	36 960*
Diplôme de l'école secondaire	1,1	0,8	12,2	2	0,1	16,530
Études postsecondaires partielles	1,4*	2,4*	30,5*	2,2*	0,1*	18 500*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	1,2*	1,1*	16,6*	6,1*	0,4*	51 060*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 7

Asthme selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité permanente de travailler	2,4*	10,7*	59,0*	3,8*	0,3*	78 490*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,2*	1,3*	15,3*	3,7*	0,3*	74 950*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,2*	1,7*	18,2*	0,9*	0,1*	18 550*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Incapacité permanente de travailler	2,6*	13,7*	61,0*	4,3*	0,4*	51 470*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,1*	0,9*	9,2*	2,5*	0,2*	30 570
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,3*	2,8*	24,0*	1,2*	0,1*	14 160*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Incapacité permanente de travailler	2,1*	7,1*	53,0*	3,0*	0,2*	25 510*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,1	0,8	10,9	2,0	0,1	16 460
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,2	1,0	13,7	0,7	0,0	6 090
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Bien que la validité des questionnaires reposant sur l'autodéclaration d'affections diagnostiquées par un professionnel de la santé se soit révélée acceptable, il se pourrait que la prévalence de l'asthme ait été sous-estimée en raison du sous-diagnostic de la maladie (16). Par exemple, dans une étude comparant les réponses des participants de l'ESCC aux données administratives sur la santé, les données administratives indiquaient une prévalence de l'asthme plus élevée (9,6 %) que les données autodéclarées (7,8 %) (17). Toutefois, selon une autre étude canadienne, environ le tiers des personnes ayant reçu un diagnostic d'asthme d'un médecin ne seraient pas asthmatiques lors d'évaluations objectives (18). Cette constatation donne à penser que l'asthme peut être à la fois sous-diagnostiqué et surdiagnostiqué.

La prévalence de l'asthme dans une population donnée pourrait aussi refléter les connaissances relatives à l'asthme dans cette population (19). Nous ne savons pas dans quelle mesure ces divers facteurs sont reliés aux inégalités qui ont été observées. De plus, les données recueillies sur l'asthme et les autres maladies chroniques supposaient que le répondant ait reçu un diagnostic d'un professionnel de la santé. Or, il est souvent plus difficile d'obtenir un diagnostic dans les collectivités éloignées. Cette réalité pourrait entraîner une sous-estimation de la prévalence de l'asthme, ainsi que de l'importance des inégalités rapportées entre certains groupes démographiques en fonction de l'identité autochtone ou de la résidence en milieu rural ou urbain.

Puisque les données présentées sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité. Par exemple, la prévalence de l'asthme était supérieure chez les répondants de l'ESCC qui étaient incapables de travailler. Une explication possible serait que les personnes incapables de travailler étaient plus à risque de souffrir d'asthme. Cependant, il se pourrait aussi que l'asthme ait nui à leur capacité de travailler ou de chercher un emploi.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (15), le calcul des valeurs *p* confirmerait plus rigoureusement l'existence de différences statistiquement significatives.

La présente analyse avait pour objet d'illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la prévalence de l'asthme dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Le fardeau disproportionné de l'asthme dans certains groupes découle d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

De plus, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène des groupes stratifiés. Par exemple, la comparaison de la population immigrante en entier à la population non immigrante ne montre pas comment les inégalités se manifestent différemment au sein des populations d'immigrants et d'une population d'immigrants à l'autre. Cela peut aboutir à une surestimation ou à une sous-estimation du fardeau sanitaire qui pèse sur ces groupes (20). En outre, le regroupement selon l'origine culturelle ou raciale peut aussi conduire à une surestimation ou à une sous-estimation de la prévalence, en raison de l'inclusion de groupes hétérogènes dans une même catégorie sociale (21). De plus, les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées n'ont pas été décrites dans la présente analyse.

Il se pourrait que des inégalités n'aient pas été décrites en raison du manque de données. Dans certains cas, les résultats doivent être interprétés avec prudence, parce que le nombre de données analysées est peu élevé.

DISCUSSION

La prévalence de l'asthme était plus grande chez les femmes que chez les hommes. Des constatations similaires ont été rapportées aux États-Unis (22,23). Les risques supérieurs pourraient découler de différences biologiques (p. ex. les hormones sexuelles), de facteurs environnementaux (p. ex. l'exposition aux allergènes) et de différences comportementales entre les hommes et les femmes (p. ex. le recours aux soins de santé) (22).

Tant chez les hommes que chez les femmes, il existait une relation inverse entre la prévalence de l'asthme et la scolarité ou le revenu au Canada. Ces résultats diffèrent de ceux d'une étude australienne, dans laquelle le niveau de scolarité avait un effet chez les hommes seulement, alors que le revenu avait un effet chez les femmes seulement (24).

Aux États-Unis, les adultes qui avaient un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent et un revenu inférieur au seuil national de pauvreté présentaient une probabilité accrue de déclarer une crise d'asthme (25). De même, après l'ajustement selon le sexe, l'âge, le rhume des foins, le tabagisme et l'exposition professionnelle, il a été établi que les adultes norvégiens ayant un niveau inférieur de scolarité courraient un risque accru de devenir asthmatiques (26). Un niveau d'études inférieur a également été associé à une mauvaise maîtrise de l'asthme et à une plus grande utilisation des services de santé d'urgence dans une cohorte canadienne d'adultes asthmatiques (27).

Nos constats relatifs au revenu rejoignent celles d'études antérieures (28,29), selon lesquelles les Canadiens de 12 ans et plus qui vivent dans une zone à faible revenu s'exposent à un risque accru d'asthme. Tout comme dans notre analyse, ce risque s'observait de façon uniforme chez les hommes et les femmes.

Toutefois, une étude antérieure (28) n'a révélé aucune différence significative entre les catégories de revenu moyen et élevé. Divers mécanismes peuvent expliquer cette association. Une explication pourrait être que les groupes à faible revenu sont plus exposés aux allergènes à l'intérieur (p. ex. les coquerelles et les souris) et à l'extérieur (p. ex. la pollution urbaine). La vie et le travail dans des conditions dangereuses (27,29) sont une autre possibilité. L'asthme peut aussi nuire à l'emploi, ce qui a un impact sur le revenu. En fait, nous avons observé une prévalence plus élevée de l'asthme chez les adultes sans emploi que chez les adultes ayant un emploi.

Une prévalence plus élevée de l'asthme a également été observée chez les femmes lesbiennes ou bisexuelles que chez les femmes hétérosexuelles. Les données issues du Behavioral Risk Factor Surveillance System des États-Unis ont indiqué des taux d'asthme significativement plus élevés chez les hommes et les femmes ayant un partenaire de même sexe que chez les personnes hétérosexuelles (30). Une autre étude (31) a montré que certains facteurs de risque de l'asthme chez les adultes hétérosexuels, notamment l'obésité et le tabagisme (actuel ou antérieur), sont également associés à l'asthme chez les adultes lesbiennes, gais et bisexuels.

La prévalence de l'asthme chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et chez les adultes métis était 1,6 fois plus élevée que chez les adultes non autochtones. De même, selon les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et de l'ESCC de 2007, la déclaration d'un diagnostic d'asthme était deux fois plus fréquente chez les adultes métis et les adultes des Premières Nations vivant hors réserve (32). Ce risque accru reste présent après l'ajustement pour tenir compte de covariables comme le revenu, le niveau de scolarité, l'indice de masse corporelle (IMC), l'âge, le sexe et le tabagisme (32). (Pour plus d'information sur l'asthme chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans des collectivités du Nord, voir l'encadré 1.)

ENCADRÉ 1
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.

Les taux élevés d'asthme chez les membres des Premières Nations pourraient être attribuables à divers facteurs interdépendants qui découlent des effets à long terme de la colonisation sur les modes de vie actuels et l'environnement de leurs collectivités. La création de réserves administrées par le gouvernement, l'urbanisation des terres ancestrales et la fréquentation forcée des pensionnats indiens ont entravé la transmission de la culture d'une génération à l'autre et ont coupé l'accès aux moyens de subsistance économique. Ces moyens comprennent le commerce, ainsi que les activités de récolte et de chasse qui dépendent de la migration des animaux et de la durabilité des habitats fauniques ou floristiques (33). Le déplacement des populations et la diminution de la mobilité des Premières Nations ont contribué à une réduction du bien-être et à des taux élevés de surpoids et d'obésité (un facteur de risque de l'asthme), en plus de faire obstacle au développement socioéconomique (34,35). Par conséquent, les conditions de logement sont excessivement mauvaises dans bon nombre de collectivités, notamment à cause du surpeuplement, d'une ventilation intérieure inadéquate et de la formation de moisissure. Les maisons sont souvent vieilles ou ont besoin de réparations (36). De telles conditions de logement peuvent accroître le risque d'infections respiratoires chez les jeunes enfants, un facteur qui favorise l'apparition de l'asthme (34,36). De plus, l'influence des usages occidentalisés du tabac commercial, en plus de l'usage traditionnel du tabac, a normalisé la cigarette dans de nombreuses collectivités comme un moyen de faire face au stress quotidien (34,37). Par conséquent, les membres des Premières Nations sont fortement exposés à la fumée de tabac, y compris pendant le développement du fœtus et l'enfance (par l'exposition à la fumée secondaire lors de rassemblements culturels et dans les résidences). Cette exposition augmente également le risque d'asthme, en raison notamment des infections respiratoires fréquentes (38,39).

En Australie, la prévalence de l'asthme chez les Autochtones était presque deux fois plus élevée que chez les non-Autochtones. Cette inégalité était encore plus marquée chez les personnes âgées (40). De même, aux États-Unis, l'asthme touchait davantage les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska que la population adulte générale (41).

Nos analyses montrent qu'au Canada, les adultes asiatiques de l'Est et du Sud-Est, asiatiques du Sud et noirs avaient une prévalence inférieure de l'asthme par rapport aux adultes blancs. Toutefois, aux États-Unis, la prévalence était plus élevée chez les Noirs adultes (10,3 %) que chez les Blancs adultes (7,8 %) (42); la prévalence était la plus faible chez les adultes asiatiques et hispaniques (43). Il est important de signaler que les méthodes de collecte de données sur l'origine ethnique ou la race peuvent différer selon les études, les bases de données ou les rapports.

La prévalence de l'asthme était plus basse chez les immigrants récents et de longue date que chez les adultes non immigrants, et elle était plus élevée chez les immigrants de longue date que chez les immigrants récents. Une plus faible prévalence de l'asthme a également été signalée chez les immigrants aux États-Unis (44). Selon un examen systématique de la prévalence de l'asthme au fil du temps chez les immigrants après leur arrivée en Australie, en Europe, en Israël et aux États-Unis, la prévalence augmente en

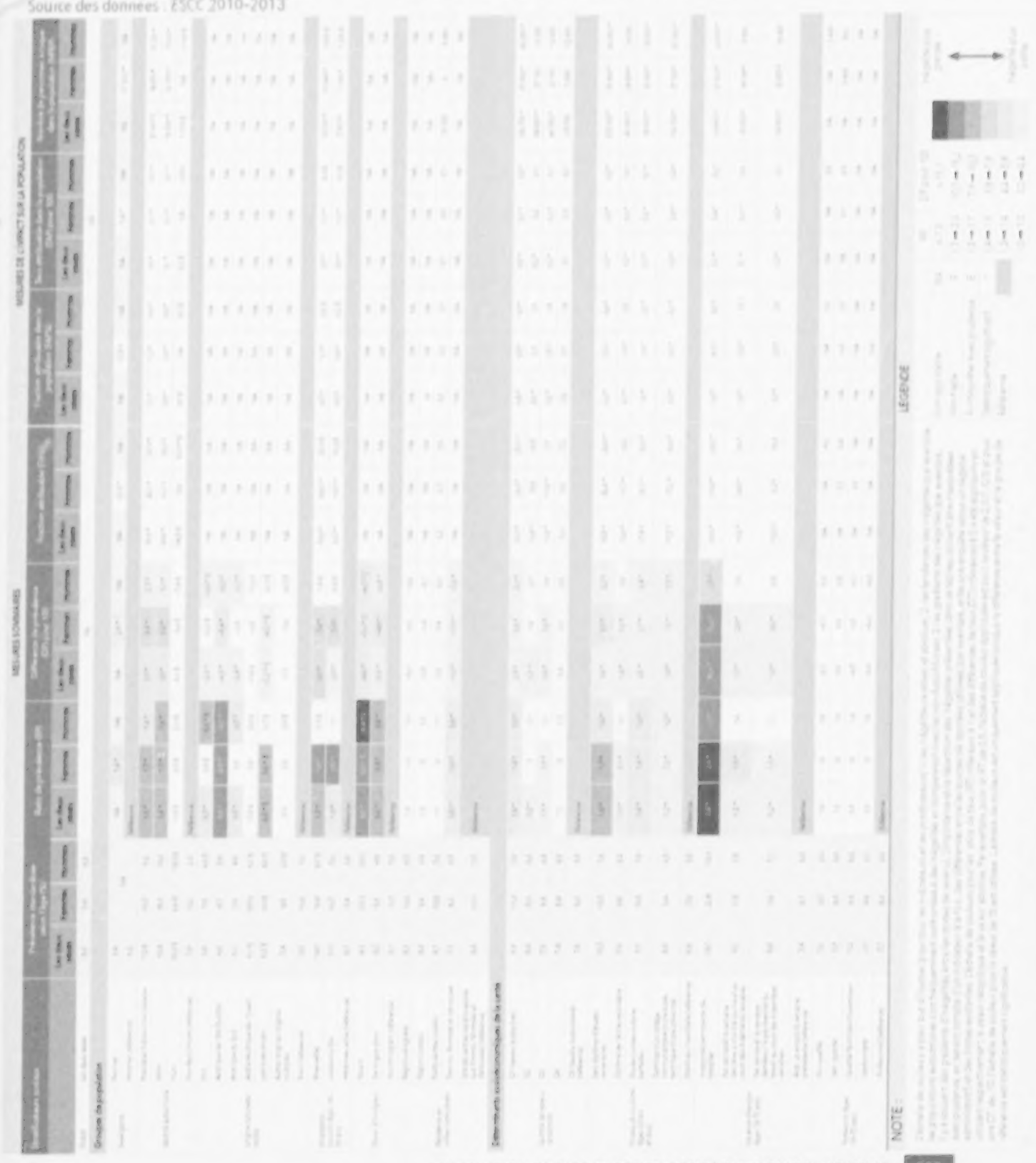
fonction du nombre d'années de résidence, par rapport aux non-immigrants des mêmes groupes d'âge (45). Plusieurs parcours sociaux pourraient entrer en ligne de compte : l'adaptation au nouvel environnement; la possibilité d'obtenir des services de santé plus facilement ou à un coût plus abordable, ce qui pourrait permettre de préciser le diagnostic; les expériences traumatisantes et la détresse vécues pendant la migration (45).

Les adultes vivant à Toronto, Montréal et Vancouver ont déclaré une prévalence de l'asthme plus basse que les adultes vivant dans les autres grands centres urbains. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la prévalence de l'asthme chez les adultes vivant dans les zones rurales ou éloignées par rapport à ceux vivant dans les autres grands centres urbains. Inversement, un examen d'études a révélé que l'asthme est plus répandu chez les citadins adultes que chez les habitants des campagnes dans de nombreuses parties du monde, notamment dans les pays développés (46).

Même si l'asthme est souvent considéré comme une maladie de l'enfance, il influence la qualité de vie de beaucoup d'adultes canadiens sur les plans physique, psychologique et social (3,4). La prévalence de l'asthme est plus élevée chez les femmes, les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler, les adultes gais, lesbiennes ou bisexuels, ainsi que les Autochtones; l'asthme est moins répandu chez les immigrants et dans certains groupes culturels ou raciaux. Il y a aussi un gradient socioéconomique évident avec l'asthme, les taux augmentant à mesure que les niveaux de scolarité et de revenu diminuent. Même si certaines personnes plus sujettes à l'asthme en raison de facteurs individuels, comme une prédisposition génétique et l'obésité, le contexte socioéconomique et l'environnement physique jouent un rôle majeur dans l'apparition de la maladie.

La mesure des inégalités relatives à l'asthme aide à éclairer et à renforcer les interventions destinées à réduire les différences observées et les répercussions connexes dans les groupes démographiques touchés et l'ensemble de la société. Les interventions stratégiques effectuées en vue d'aborder plus efficacement ces inégalités devront agir sur les déterminants plus généraux, tels que l'environnement physique (comme la pollution de l'air intérieur et extérieur, les caractéristiques des quartiers, les conditions de logement), le statut socioéconomique et les soutiens sociaux. La surveillance continue des inégalités en santé dans les différents groupes sociodémographiques et socioéconomiques aidera à suivre l'évolution des données, de même qu'à définir et à soutenir les programmes, les politiques et la recherche.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'asthme
Source des données : ESCC 2010-2013



Références

(1) Organisation mondiale de la Santé. [Internet]. Genève, OMS; novembre 2013. Asthme : aide-mémoire [mise à jour en avril 2017; page consultée le 3 octobre 2017]; [environ trois écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/.

(2) Chen E, Schreier H. Does the social environment contribute to asthma? Immunol allergy Clin North Am. 2008 Aug;28(3):649-64.

(3) Global Asthma Network. The global asthma report 2014 [Internet]. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network; 2014. Accessible à l'adresse : http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf.

(4) Agence de la santé publique du Canada. [Internet]. Agence de la santé publique du Canada; 2015. Faits saillants sur l'asthme : données tirées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada de 2011 [mis à jour en 2015, accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/asthma_fs_asthme-fra.php.

(5) Conference Board du Canada. Analyse des risques liés aux coûts des maladies pulmonaires chroniques au Canada. Mars 2012.

(6) Greenblatt R, Mansour O, Zhao E, Ross M, Himes BE. Gender-specific determinants of asthma among US adults. Asthma research and practice. 2017 Jan;3(1):2.

(7) Sood A. Sex differences: implications for the obesity-asthma association. Exerc Sport Sci Rev. 2011 Jan;39(1):48-56.

(8) Postma DS. Gender differences in asthma development and progression. Gender Medicine 2007 2007;4:S133-S146.

(9) Ekerljung L, Sundblad B, Rönmark E, Larsson K, Lundbäck B. Incidence and prevalence of adult asthma is associated with low socio economic status. Clin res J. 2010 July;4(3):147-56.

(10) Ellison-Loschmann L, Sunyer J, Plana E, Pearce N, Zock JP, Jarvis D, *et al.* Socioeconomic status, asthma and chronic bronchitis in a large community-based study. Eur Respir J. 2007 May;29(5):897-905.

(11) Hedlund U, Eriksson K, Rönmark E. Socioeconomic status is related to incidence of asthma and respiratory symptoms in adults. Eur Respir J. 2006;28(2):303-410.

(12) Williams D, Sternthal M, Wright R. Social determinants: Taking the social context of asthma seriously. Pediatrics. 2009 Mar;123(3):174.

(13) Oudin A, Richter J, Taj T, Al-nahar L, Jakobsson K. Poor housing conditions in association with child health in a disadvantaged immigrant population: a. BMJ Open. 2016;6(1).

(14) Loerbroks A, Apfelbacher CJ, Bosch JA, Sturmer T. Depressive symptoms, social support, and risk of adult asthma in a population-based cohort study. Psychosom Med. 2010 Apr;72(3):309-15.

(15) du Prel JB, Hommel G, Röhrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: Part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Deutsches Ärzteblatt International. 2009;106(19):335.

(16) Chu LM, Pahwa P. Prevalence and associated factors for self-reported asthma in a Canadian population: The Canadian Community Health Survey, 2014. Journal of Asthma. 2017:1-9.

(17) Muggah E, Graves E, Bennet C, Manuel D. Ascertainment of chronic diseases using population health data: a comparison of health administrative data and patient self-report. BMC Public Health. 2013 Jan;13(16).

(18) Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemière C, *et al.* Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. JAMA. 2017;317(3):269-79.

(19) Eder W, Ege MJ, von Mutius E. The asthma epidemic. N Engl J Med. 2006 11/23; 2017/03;355(21):2226-35.

(20) Chen J, E. Ng, et R. Wilkins, La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé. Printemps 1996;7 n° 82-003(4) au cat. : 37-50.

(21) Edwards C, Fillingim R, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain. 2001 Nov;94(2):133-7.

(22) Zein JG ES. Asthma is different in women. Curr Allergy Asthma Rep. 2015;15(6):28.

(23) Melgert BN, Ray A, Hylkema MN, Timens W, Postma DS. Are there reasons why adult asthma is more common in females? Curr Allergy Asthma Rep. 2007;7(2):143.

(24) Chittleborough CR, Taylor AW, Dal Grande E, Gill TK, Grant JF, Adams RJ, *et al.* Gender differences in asthma prevalence: variations with socioeconomic disadvantage. Respirology. 2010 Jan;15(1):107-14.

(25) Moorman JE, Person CJ, Zahran HS. Asthma attacks among persons with current asthma—United States, 2001–2010. MMWR. 2013 Nov;62(3):93-8.

(26) Eagan TM, Gulsvik A, Eide GE, Bakke PS. The effect of educational level on the incidence of asthma and respiratory symptoms. Respiratory Medicine. 2004;98(8):730.

(27) Bacon SL, Bouchard A, Loucks EB, Lavoie KL. Individual-level socioeconomic status is associated with worse asthma morbidity in patients with asthma. Respiratory Research. 2009;10(1):125.

(28) Chen Y, Tang M, Krewski D, Dales R. Relationship between asthma prevalence and income among Canadians. JAMA. 2001;286(8):919-20.

(29) Chen Y, Dales R, Tang M, Krewski D. L'association entre l'adéquation du revenu et l'asthme chez les Canadiens. [Internet]. Ottawa, Statistique Canada; 2002 [page consultée le 17 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/11-522-x/2002001/session1/6713-fra.pdf.

(30) Blosnich JR, Lee JG, Bossarte R, Silenzio VM. Asthma disparities and within-group differences in a national, probability sample of same-sex partnered adults. Am J Public Health. 2013 Sept;103(9):e83-7.

(31) Landers SJ, Mimiaga MJ, Conron KJ. Sexual orientation differences in asthma correlates in a population-based sample of adults. Am J Public Health. 2011;101:2238.

(32) Garner R, Carrière G, Sanmartin C. La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé. Série de documents de travail de la recherche sur la santé. 2010:86.

(33) Assembly of First Nations. Traditional foods: Are they safe for First Nations consumption? [Internet]. Ottawa: Assembly of First Nations; 2017 [page consultée le 29 sept. 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.afn.ca/uploads/files/rp-traditional_foods_safety_paper_final.pdf.

(34) Gouvernement du Canada. [Internet]. Ottawa, gouvernement du Canada; 2013. Asthme [mise à jour le 15 mars 2013; page consultée le 29 sept. 2017]; [environ cinq écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/asthme.html#a1.

(35) Turner NJ, Turner KL. Traditional food systems, erosion and renewal in northwestern North America. 2007.

(36) Kovesi T, Giles BL, Pasterkamp H. Long-term management of asthma in First Nations and Inuit children: a knowledge translation tool based on Canadian paediatric asthma guidelines, intended for use by front-line health care professionals working in isolated communities. Paediatrics & child health. 2012;17(7):e46-64.

(37) McKennitt D. A smoking prevention program for Aboriginal youth. First Peoples Child & Family Review. 2007;3(2):52-5.

(38) Cui Y, Shooshtari S, Forget EL, Clara I, Cheung KF. Smoking during pregnancy: findings from the 2009–2010 Canadian Community Health Survey. PloS one. 2014;9(1):e84640.

(39) Jetty Radha. [Internet]. Ottawa, Société canadienne de pédiatrie; 2017. L'utilisation du tabac à des fins rituelles et le tabagisme chez les enfants et les adolescents autochtones du Canada [mise à jour le 13 juillet 2017; page consultée le 29 sept. 2017]; [environ dix écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.cps.ca/fr/documents/position/tabac-autochtones.

(40) Asthma Australia. [Internet]. Fortitude Valley (QLD): Asthma Australia; 2016. What is asthma? Statistics [mise à jour en 2016; page consultée le 17 mars 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse: http://www.asthmaaustralia.org.au/national/about-asthma/what-is-asthma-/statistics.

(41) Orell LJ, Ferucci ED, Lanier AP, Etzel RA. Self-reported asthma among American Indian and Alaska Native people in Alaska. J Health Care Poor Underserved. 2011;22(4):1264-78.

(42) Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. Atlanta: CDC; 2013. Data, statistics, and surveillance: asthma surveillance data [mise à jour le 8 sept. 2016; page consultée le 6 mars 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.cdc.gov/asthma/asthmadata.htm.

(43) Gorman BK, Chu M. Racial and ethnic differences in adult asthma prevalence, problems, and medical care. Ethn Health. 2009 Sep;14(5):527-52.

(44) Silverberg J, Durkin H, Joks R. Association between birthplace, prevalence, and age of asthma onset in adults: a United States population-based study. Ann Allergy Asthma Immunol. 2014 Oct;113(4):410-7.

(45) Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Antó J, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. PLoS One. 2014 Aug;9(8):e105347.

(46) Jie Y, Isa Z, Jie X, Ismail N. Urban vs. rural factors that affect adult asthma. Rev Environ Contam Toxicol. 2013;226:33-63.

INÉGALITÉS RELATIVES
AU DIABÈTE AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La prévalence du diabète chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler correspond à 2,9 fois la prévalence chez les adultes qui ont un emploi (à savoir les adultes qui avaient un emploi la semaine précédente). Cela signifie qu'il y a 9,6 diabétiques de plus pour 100 personnes ayant une incapacité permanente de travailler, par rapport aux adultes qui ont un emploi.
- La prévalence du diabète chez les adultes asiatiques du Sud et adultes noirs est respectivement de 2,3 et de 2,1 fois la prévalence chez les adultes blancs. Cela représente 8,1 et 6,6 cas de diabète en plus pour 100 personnes.
- La prévalence du diabète chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires équivaut à 2,1 fois la prévalence chez les adultes qui ont une formation universitaire. Cela représente 5,2 cas de plus pour 100 personnes chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, par rapport à ceux qui ont une formation universitaire.
- Les adultes dont le revenu est le plus faible ont une prévalence de diabète 2 fois supérieure à celle des adultes ayant le revenu le plus élevé. On retrouve ainsi 4,9 cas de diabète en plus pour 100 personnes chez les adultes dont le revenu est le plus faible, en comparaison des adultes ayant le revenu le plus élevé.
- Les inégalités en fonction du revenu, du niveau de scolarité et de l'emploi sont plus prononcées chez les femmes que chez les hommes. Notamment, la prévalence du diabète chez les femmes dont le niveau de scolarité est le plus faible correspond à 2,9 fois la prévalence chez celles dont le niveau de scolarité est le plus élevé. Chez les hommes, le même ratio de prévalence est de 1,7. Cette différence dans la prévalence du diabète se traduit par 6,5 cas en plus chez les femmes et 4,5 cas en plus chez les hommes pour 100 personnes dans le groupe ayant le plus faible niveau de scolarité.
- La prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes métis correspond respectivement à 1,9 et à 1,5 fois la prévalence chez les adultes non autochtones. Cela signifie qu'il y a 5,9 cas de diabète en plus pour 100 personnes chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et 3,1 cas de diabète en plus pour 100 personnes chez les adultes métis, en comparaison des adultes non autochtones.

ACRONYME	NOM COMPLET
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
SNSMC	Système national de surveillance des maladies chroniques

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

Le diabète, l'une des maladies chroniques les plus répandues, survient lorsque le corps ne peut produire ou utiliser adéquatement l'insuline. Près de 2,7 millions (7,7 %) de Canadiens avaient un diagnostic de diabète (types 1 et 2 combinés) en 2011–2012 (1,2). Parmi les trois principaux types de diabète – type 1, type 2 et gestationnel (diabète de grossesse) –, le diabète de type 2 représente entre 90 et 95 % de tous les cas de diabète (3). Les complications de cette maladie sont notamment les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, la perte de la vision ou la cécité, l'insuffisance rénale, la neuropathie, l'amputation des membres inférieurs, la dysfonction érectile et la dépression (3). Un rapport de 2009 révélait que les coûts directs du diabète représentaient environ 3,5 % des dépenses publiques en soins de santé au Canada (4).

Les facteurs de risque du diabète de type 2 comprennent l'âge, les antécédents familiaux, l'origine ethnique, l'inactivité physique, une mauvaise alimentation, le tabagisme, le surpoids et l'obésité (3). Les inégalités dans le risque de diabète au Canada sont dues à des déterminants sociaux tels que le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité alimentaire, le développement de la petite enfance, le soutien et les liens sociaux, l'environnement bâti et l'accès aux services de prévention et de soins (3). Ces déterminants influent sur les possibilités, l'accès et les choix en matière de saine alimentation et d'activité physique. Ils se répercutent également sur la prise en charge du diabète, la progression de la maladie et le risque de mortalité (5).

Même si les facteurs de risque du diabète de type 1 n'ont pas tous été identifiés, on croit que des facteurs environnementaux, combinés à une prédisposition génétique, déclenchent une réponse auto-immune dirigée contre les cellules productrices d'insuline (3).

Les interactions complexes entre les déterminants sociaux de la santé et les facteurs génétiques, culturels et comportementaux entraînent des inégalités dans le fardeau du diabète chez certains groupes démographiques au Canada, notamment les membres des Premières Nations, les Métis et les personnes d'ascendance sud-asiatique ou africaine (3). Les liens entre le risque de diabète et l'exclusion sociale et économique sont de plus en plus reconnus comme étant essentiels pour comprendre et réduire la forte prévalence du diabète au Canada (6).

Pour ces raisons, le diabète fait partie des indicateurs choisis pour mesurer les principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur la prévalence du diabète et les variables de stratification proviennent des réponses des participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) entre 2010 et 2013. Les types de diabète examinés comprennent le diabète de type 1 et 2 chez les adultes de 18 ans et plus, à l'exclusion du diabète gestationnel. Les participants de l'ESCC devaient répondre à la question suivante : « À un moment autre que pendant la grossesse, un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez du diabète? » De même, lors de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), les

répondants adultes devaient indiquer s'ils avaient déjà fait du diabète au cours de leur vie et, dans l'affirmative, quel type. Les inégalités dans la prévalence du diabète ont été évaluées par l'examen des différences relatives au diabète en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Parmi les stratificateurs sociodémographiques se trouvent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine raciale ou culturelle, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle (18–59 ans)[29] et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession et la situation d'emploi (18–75 ans). L'analyse des données sur la prévalence du diabète portait sur les personnes de 18 ans et plus; ces données ont été standardisées selon l'âge, d'après le Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, de l'information comparable est obtenue par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010 pour les répondants de 18 ans et plus. Les données ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population de 2011.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (9). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Toutefois, en raison des limites méthodologiques liées à la combinaison de deux ensembles de données (soit ceux de l'ESCC et de l'ERS), les résultats pour les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord n'ont pas été inclus dans le calcul des mesures de l'inégalité et sont rapportés ici en fonction de la prévalence seulement.

29. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Entre 2010 et 2013, la prévalence du diabète autodéclaré dans la population canadienne adulte de 18 ans et plus était de 6,9 % (IC à 95 % : 6,7–7,1 %) (annexe 1), soit 1 852 780 adultes canadiens. Des inégalités dans la prévalence du diabète ont été trouvées entre les groupes sociaux de nombreuses populations, mais pas en ce qui concerne la résidence en milieu rural ou urbain et l'orientation sexuelle. L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.

Sexe ou genre

La prévalence du diabète chez les hommes (7,9 %; IC à 95 % : 7,7–8,2 %) correspondait à 1,3 fois la prévalence chez les femmes (6,0 %; IC à 95 % : 5,7–6,2 %). Ainsi, il y avait 1,8 pour cent plus d'hommes diabétiques que de femmes diabétiques au Canada (annexe 1).

Si la prévalence du diabète était la même chez les hommes que chez les femmes, il y aurait 260 270 cas de diabète en moins au Canada.

Peuples autochtones

Selon l'ERS de 2008–2010, la prévalence du diabète de type 1 et 2 chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord atteignait 19,0 % (IC à 95 % : 17,8–20,2 %)[30]. En comparaison, selon les données de l'ESCC de 2010–2013, la prévalence chez les adultes non autochtones était de 6,8 % (IC à 95 : 6,6–6,9 %) (figure 1).

De 2010 à 2013, la prévalence du diabète de type 1 et 2 chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve était de 12,7 % (IC à 95 % : 11,1–14,3 %), soit 1,9 (IC à 95 % : 1,6–2,1) fois la prévalence chez les adultes non autochtones. La prévalence chez les adultes métis était de 9,9 % (IC à 95 % : 8,4–11,4 %), soit 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,7) fois la prévalence chez les adultes non autochtones.

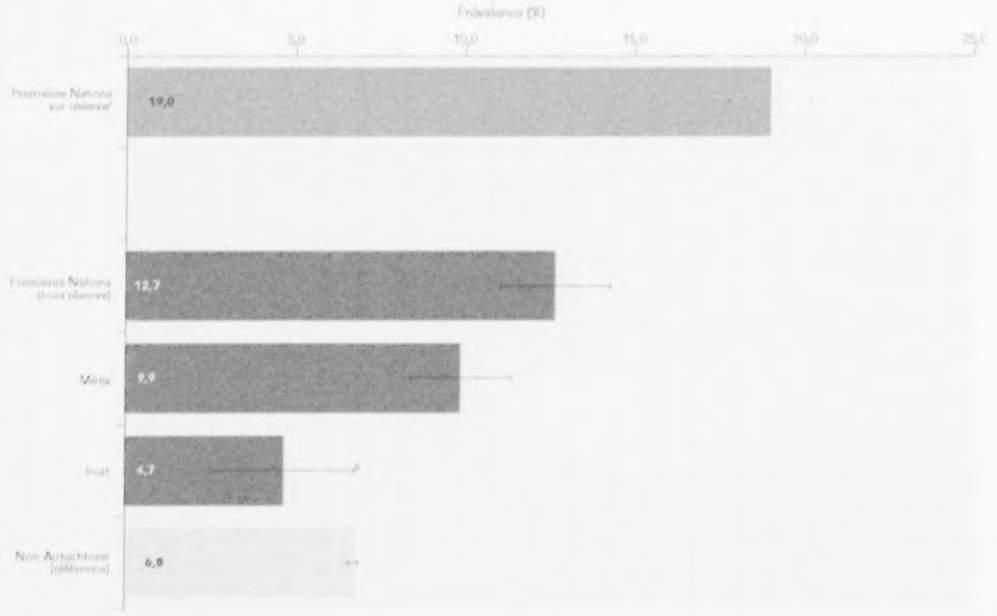
Si le taux de diabète était le même chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve que chez les adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 46,7 % (IC à 95 % : 39,5–53,9 %) de la prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et 24 740 (IC à 95 % : 17 780–31 690) cas de diabète en moins dans la population adulte au Canada.

La prévalence du diabète était de 4,7 % (IC à 95 % : 2,6–6,8 %) chez les adultes inuits, ce qui n'était pas significativement différent de la population non autochtone.

30. Les données de l'ERS sur la prévalence sont présentées à côté de celles de l'ESCC, afin de montrer l'ampleur approximative de l'inégalité entre, d'une part, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et, d'autre part, la population non autochtone. À cause des limites méthodologiques, les mesures de l'inégalité n'ont pas été calculées pour l'ensemble de données de l'ERS.

FIGURE 1

Diabète selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations (hors réserve)	1,9*	5,9*	46,7*	1,3*	0,1*	24 740*
Métis	1,5*	3,1*	31,6*	0,6*	0,0*	11 660*
Inuit	0,7[E]	−2,1[E]	NA	NA	NA	NA
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013
†Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008–2010

Origine culturelle ou raciale

À 14,4 % (IC à 95 % : 12,5–16,3 %), la prévalence du diabète chez les Canadiens asiatiques du Sud était 2,3 (IC à 95 % : 2,0–2,6) fois plus élevée que chez les Canadiens blancs. Cela représente 8,1 (IC à 95 % : 6,20–10,0) cas de diabète en plus pour 100 adultes chez les Canadiens asiatiques du Sud que chez les Canadiens blancs. Les inégalités étaient considérablement plus marquées chez les hommes asiatiques du Sud, avec une prévalence du diabète de 16,9 % (IC à 95 % : 14,0–19,9), contre 11,5 % chez les femmes asiatiques du Sud (IC à 95 % : 9,2–13,9 %) (figure 2).

Si la prévalence du diabète était la même chez les adultes asiatiques du Sud que chez les adultes blancs, la prévalence serait réduite de 56,1 % (IC à 95 % : 50,1–62,2 %) chez les adultes asiatiques du Sud. Il y aurait en conséquence une réduction relative de 4,4 % (IC à 95 % : 3,4–5,4 %) du taux de diabète chez l'ensemble des adultes canadiens et 84 760 (IC à 95 % : 64 090– 105 430) cas de diabète en moins.

La prévalence du diabète chez les adultes noirs atteignait 12,9 % (IC à 95 % : 10,1–15,8 %), ce qui correspond à 2,1 (IC à 95 % : 1,6–2,5) fois la prévalence chez les adultes blancs. On retrouve donc 6,6 (IC à 95 % : 3,8–9,5) cas de diabète en plus pour 100 adultes chez les adultes noirs que chez les adultes blancs au Canada. Si la prévalence du diabète était la même chez les adultes noirs et les adultes blancs, il y aurait une réduction de 51,3 % (IC à 95 % : 39,7–62,8 %) des cas de diabète dans la population noire adulte. Cette réduction représenterait 40 820 (IC 95 % : 22 490–59 150) cas de diabète en moins dans la population adulte au Canada.

À l'inverse, la prévalence du diabète était plus faible chez les adultes latino-américains que chez les adultes blancs (4,5 % contre 6,3 %). Toutefois, ce constat doit être interprété avec prudence en raison de la grande variabilité des données.

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la prévalence du diabète selon l'orientation sexuelle. Les adultes ayant indiqué être bisexuels avaient une prévalence du diabète de 4,9 % (IC à 95 % : 2,9–6,9 %), ce qui correspondait à 1,4 (IC à 95 % : 0,9–2,0) fois la prévalence chez les adultes ayant indiqué être hétérosexuels (annexe 1). Toutefois, en raison de la grande variabilité des données, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Statut d'immigrant

La prévalence du diabète chez les adultes immigrants de longue date (> 10 années) se situait à 7,7 % (IC à 95 % : 7,1–8,2 %), soit 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) fois la prévalence chez les adultes non immigrants (annexe 1). La prévalence du diabète n'était pas significativement différente chez les immigrants récents (≤ 10 années) et les non-immigrants.

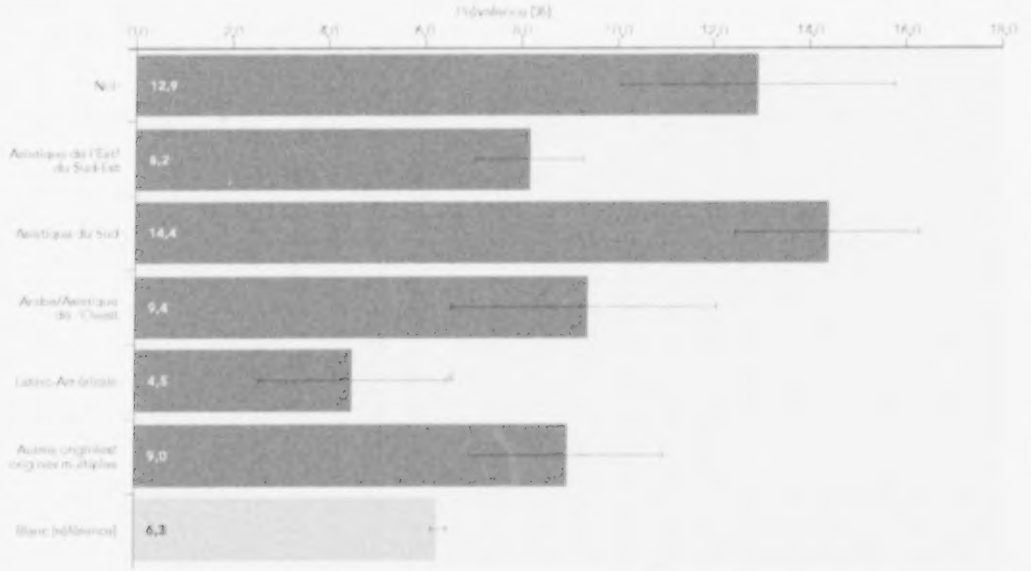
Revenu

La relation entre le revenu et le diabète était inverse : plus le revenu augmentait, plus la prévalence du diabète diminuait. Les adultes du quintile de revenu le plus faible présentaient une prévalence du diabète 2,0 (IC à 95 % : 1,8–2,2) fois supérieure à celle déclarée par les adultes du quintile de revenu le plus élevé au Canada (figure 3).

Si la prévalence du diabète chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était aussi basse que chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 50,1 % (IC à 95 % : 45,4–54,8 %) de la proportion d'adultes diabétiques dans le quintile de revenu le plus faible, de même qu'une réduction de 13,4 % (IC à 95 : 11,6–15,1 %) de la proportion d'adultes diabétiques au pays. Cela équivaudrait, théoriquement, à 248 270 (IC 95 % : 214 570–281 960) cas de diabète en moins au Canada.

FIGURE 2

Diabète selon l'origine culturelle ou raciale, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Noir	2,1*	6,6*	51,3*	2,1*	0,2*	40 820*
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	1,3*	1,9*	23,2*	1,8*	0,1*	34 850*
Asiatique du Sud	2,3*	8,1*	56,1*	4,4*	0,3*	84 760*
Araba/Asiatique de l'Ouest	1,5*	3,1*	32,7*	0,7*	0,0*	12 990*
Latino-Américain	0,7[E]	−1,8[E]	NA	NA	NA	NA
Autres origines/ origines multiples	1,4*	2,7*	30,0*	0,7*	0,1*	14 040*
Blanc [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Si la prévalence du diabète chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était aussi basse que chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 13,4 % de la prévalence globale du diabète et 248 270 cas de diabète en moins au Canada.

Même si le diabète touchait davantage les hommes que les femmes dans tous les quintiles de revenu, le gradient associé au revenu était plus accentué pour les femmes que pour les hommes. En effet, chez les femmes, la prévalence du diabète dans le quintile de revenu le plus faible représentait 2,4 (IC à 95 % : 2,0–2,8) fois la prévalence dans le quintile de revenu le plus élevé; en revanche, chez les hommes, la prévalence dans le quintile de revenu le plus faible correspondait à 1,9 (IC à 95 % : 1,7–2,1) fois la prévalence dans le quintile de revenu le plus élevé (figure 3).

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

Comme pour le revenu, la relation entre le niveau de scolarité et la prévalence du diabète était inverse. La prévalence du diabète chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires se situait à 10,2 % (IC à 95 % : 9,5–10,8 %). Cette proportion équivaut à 2,1 (IC à 95 % : 1,9–2,3) fois la prévalence parmi les diplômés universitaires (figure 4).

Si la prévalence du diabète chez les adultes ayant le plus faible niveau de scolarité était aussi basse que chez ceux ayant le plus haut niveau de scolarité, il y aurait une réduction de 51,7 % (IC à 95 % : 47,3–56,1 %) de la prévalence chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires et une réduction de 10,0 % (IC à 95 % : 8,7–11,3 %) de la prévalence globale à l'échelle nationale. Cela équivaudrait potentiellement à 180 500 (IC 95 % : 156 650–204 360) cas de diabète en moins au Canada (figure 4).

Si la prévalence du diabète chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était aussi basse que chez les diplômés universitaires, il y aurait 180 500 cas de diabète en moins au Canada.

Lorsque la prévalence était stratifiée selon le niveau de scolarité, le gradient de l'inégalité relative au diabète était plus accentué chez les femmes que chez les hommes. La prévalence du diabète chez les femmes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était 2,9 (IC à 95 % : 2,5–3,3) fois plus élevée que chez les diplômées universitaires. En comparaison, la prévalence du diabète chez les hommes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était 1,7 (IC à 95 % : 1,5–2,0) fois plus élevée que chez les hommes qui possédaient un diplôme universitaire. Toutefois, à tous les niveaux de scolarité, la prévalence du diabète était plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

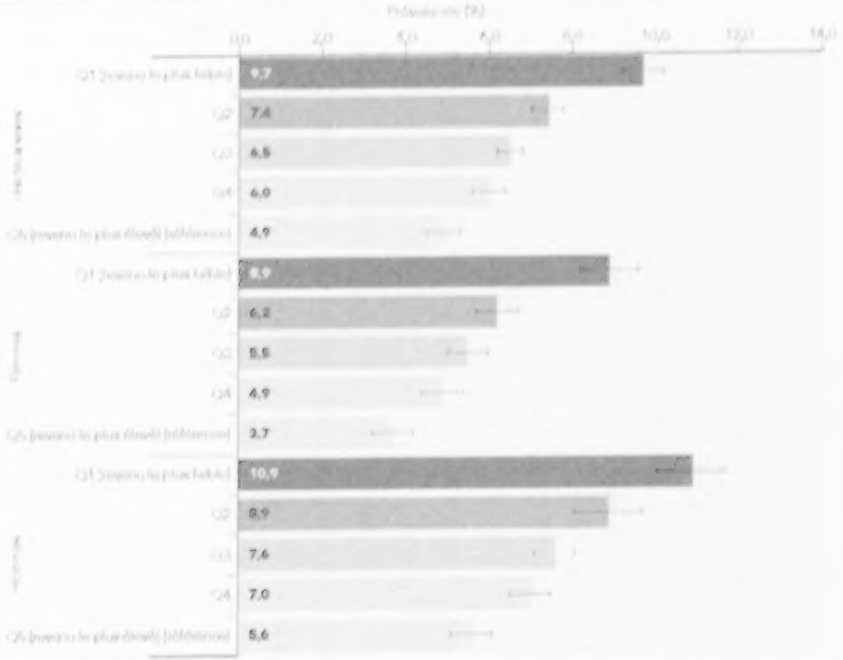
Situation d'emploi et profession

La prévalence du diabète chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était de 14,6 % (IC à 95 % : 12,8–16,5 %). C'était 2,9 (IC à 95 % : 2,5–3,3) fois la prévalence du diabète chez les adultes qui avaient un emploi (au cours de la semaine précédente). Dans l'ensemble des groupes professionnels, la prévalence du diabète était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (figure 5).

Si la prévalence du diabète chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était la même que chez les adultes qui avaient un emploi, il y aurait une réduction de 65,5 % (IC à 95 % : 60,8–70,2 %) de la prévalence du diabète chez ceux ayant une incapacité permanente de travailler. À l'échelle du Canada, cela se traduirait par une réduction de 4,8 % (IC à 95 % : 3,8–5,8 %) de la prévalence globale du diabète et 70 370 (IC 95 % : 55 940–84 800) cas de diabète en moins.

FIGURE 3

Diabète selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	2,0*	4,9*	50,1*	13,4*	0,9*	248 270*
Q2	1,5*	2,5*	34,4*	7,0*	0,5*	130 210*
Q3	1,3*	1,7*	25,5*	4,6*	0,3*	84 830*
Q4	1,2*	1,1*	18,7*	3,1*	0,2*	58 060*
Q5 (revenu le plus élevé) référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	2,4*	5,2*	58,0*	18,7*	1,1*	132 430*
Q2	1,7*	2,4*	39,5*	8,2*	0,5*	66 750*
Q3	1,5*	1,7*	31,9*	5,5*	0,3*	44 580*
Q4	1,3*	1,1*	22,7*	3,4*	0,2*	27 620*
Q5 (revenu le plus élevé) référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,9*	5,3*	48,6*	10,9*	0,9*	113 700*
Q2	1,6*	3,3*	36,9*	7,5*	0,6*	78 240*
Q3	1,4*	2,0*	26,0*	4,8*	0,4*	50 490*
Q4	1,2*	1,4*	19,9*	3,6*	0,3*	37 750*
Q5 (revenu le plus élevé) référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 4

Diabète selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2013

LES DEUX SEXES	RATIO DE INÉGALITÉ (RI)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (D) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	2,1*	5,2*	51,7*	10,0*	0,7*	180 320*
Diplôme de l'école secondaire	1,5*	2,2*	31,4*	5,6*	0,4*	101 320*
Études postsecondaires partielles	1,6*	2,8*	36,1*	2,3*	0,2*	42 050*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,4*	1,8*	27,4*	9,7*	0,7*	175 990*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	2,9*	6,5*	65,1*	14,4*	0,8*	112 760*
Diplôme de l'école secondaire	1,9*	3,2*	48,0*	9,6*	0,6*	75 070*
Études postsecondaires partielles	1,6*	2,1*	37,5*	2,0*	0,1*	15 650*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,6*	2,1*	37,6*	12,9*	0,8*	100 970*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	1,7*	4,5*	42,5*	7,4*	0,6*	74 340*
Diplôme de l'école secondaire	1,3*	1,8*	22,7*	3,8*	0,3*	38 720*
Études postsecondaires partielles	1,6*	3,7*	38,1*	2,8*	0,2*	28 860*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,3*	2,0*	24,5*	9,0*	0,7*	92 760*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) — Composante annuelle 2010–2013

Comme pour le revenu et la scolarité, le gradient des inégalités selon la situation d'emploi était plus accentué chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes ayant une incapacité permanente de travailler, la prévalence du diabète était 3,7 (IC à 95 % : 3,0–4,3) fois plus élevée que chez celles qui avaient un emploi au cours de la semaine précédente. Chez les hommes ayant une incapacité permanente de travailler, la prévalence du diabète était 2,6 (IC à 95 % : 2,1–3,1) fois plus élevée que chez les hommes qui avaient un emploi au cours de la semaine précédente. La différence entre les hommes et les femmes n'était pas statistiquement significative.

Il existait un gradient de l'inégalité relative au diabète entre les groupes professionnels. Chez les travailleurs non qualifiés, la prévalence du diabète atteignait 7,0 % (IC à 95 % : 5,8–8,1 %), puis elle passait à 5,7 % (IC à 95 % : 5,2–6,2 %) chez les travailleurs semi-qualifiés et à 4,8 % (IC à 95 % : 4,4–5,2 %) chez les travailleurs qualifiés, les techniciens et les superviseurs. En comparaison des professionnels, la prévalence du diabète était 1,8 (IC à 95 % : 1,5–2,2) fois plus élevée chez les travailleurs non qualifiés, 1,5 (IC à 95 % : 1,3–1,7) fois plus élevée chez les travailleurs semi-qualifiés, et 1,3 (IC à 95 % : 1,1–1,5) fois plus élevée chez les travailleurs qualifiés, les techniciens et les superviseurs (figure 6).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les différences dans la prévalence du diabète chez les adultes de divers groupes socioéconomiques et sociodémographiques constituent une mesure globale de référence pour ce qui est des inégalités relatives au diabète au Canada. Les lacunes et limites des données doivent être considérées afin de mieux comprendre l'importance estimative des inégalités, ainsi qu'aux fins de comparaison future et de suivi des résultats.

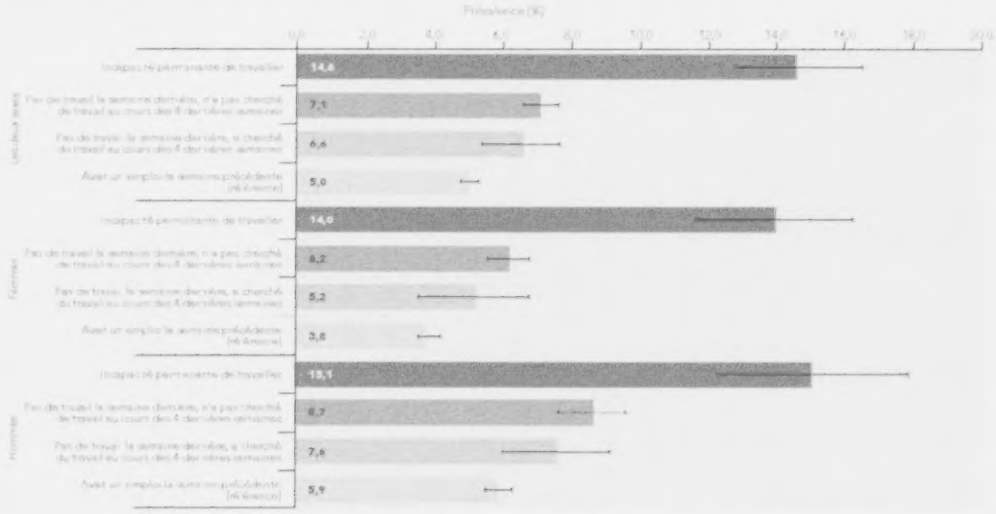
Les données de l'ESCC sont autodéclarées, ce qui peut conduire à une sous-estimation de la prévalence du diabète de type 1 et 2 au Canada. Selon les estimations de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, plus de 20 % des cas de diabète de type 2 ne sont pas diagnostiqués (3,8). Alors que l'ESCC estimait à 6,9 % la prévalence du diabète à partir de données autodéclarées, selon le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC), qui se sert de données administratives sur la santé, environ 9,8 % des adultes (de 20 ans et plus) avaient reçu un diagnostic de diabète en 2011–2012 (1). Dans ce contexte, il se pourrait que la sous-déclaration du diabète lors de l'ESCC ait varié selon la sous-population et que cela ait eu des impacts sur l'importance des inégalités observées.

De plus, les données recueillies sur le diabète et les autres maladies chroniques supposent qu'un diagnostic ait été posé par un professionnel de la santé. Or, il est souvent plus difficile d'obtenir un diagnostic dans les collectivités éloignées, en raison d'un accès réduit aux professionnels de la santé. Cette réalité pourrait avoir entrainé une sous-estimation de la prévalence du diabète, ainsi que de l'importance des inégalités rapportées pour certains groupes démographiques en fonction de l'identité autochtone ou de la résidence en milieu rural ou urbain.

Même si la présente analyse indique la prévalence combinée du diabète de type 1 et 2, la plupart des cas de diabète au Canada sont de type 2. D'après d'autres travaux de recherche, le diabète de type 1 ne suit pas le même gradient socioéconomique que le diabète de type 2 (9). L'inclusion des données sur le diabète de type 1 tend donc à réduire les inégalités estimées relativement au diabète de type 2.

FIGURE 5

Diabète selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013

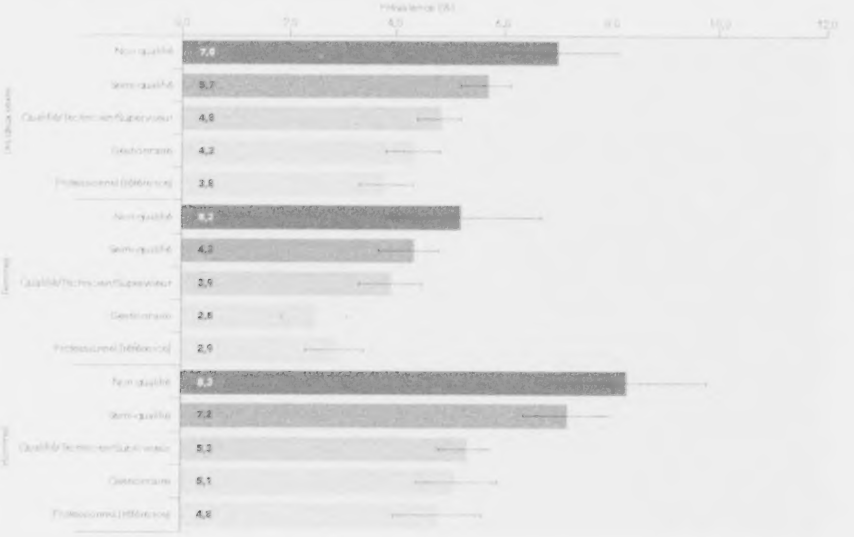


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité permanente de travailler	2,9*	9,6*	65,5*	4,8*	0,3*	70 370*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,4*	2,0*	28,5*	7,6*	0,4*	112 420*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,3*	1,5*	23,2*	1,2*	0,1*	17 050*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Incapacité permanente de travailler	3,7*	10,2*	72,7*	6,2*	0,3*	38 230*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,6*	2,3*	38,0*	13,2*	0,6*	80 720*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,4	1,3	26,1	1,1[E]	0,1[E]	6 890[E]
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Incapacité permanente de travailler	2,6*	9,2*	61,0*	3,9*	0,3*	33 030*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,5*	2,8*	31,9*	7,0*	0,5*	59 010*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,3*	1,7	22,0*	1,2*	0,1*	10 120*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

FIGURE 6

Diabète selon la profession et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Non qualifié	1,8*	3,2*	45,8*	4,5*	0,2*	55 970*
Semi-qualifié	1,5*	1,9*	33,8*	7,1*	0,4*	89 240*
Qualifié/Technicien/Superviseur	1,3*	1,1*	22,0*	5,1*	0,3*	63 870*
Gestionnaire	1,1	0,5	12,0	0,8	0,0	9,410
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Non qualifié	1,8*	2,4*	45,0*	4,1*	0,2*	20 420*
Semi-qualifié	1,5*	1,4*	32,5*	6,8*	0,3*	34 010*
Qualifié/Technicien/Superviseur	1,4*	1,1*	27,0*	4,7*	0,2*	23 820*
Gestionnaire	0,9	−0,4	NA	NA	NA	NA
Professionnel [référence]	1,0	0	0	0	0	0
HOMMES						
Non qualifié	1,7*	3,5*	42,3*	4,2*	0,3*	31 140*
Semi-qualifié	1,5*	2,4*	33,3*	7,1*	0,5*	51 920*
Qualifié/Technicien/Superviseur	1,1	0,5	9,2	2,5	0,2	18,170
Gestionnaire	1,1	0,3	6,5	0,5	0,0	3,720
Professional [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

La prévalence du diabète reflète à la fois le nombre de nouveaux cas diagnostiqués (incidence) et la période de la survie avec le diabète (durée). Dans les groupes démographiques qui ont à la fois un taux élevé d'incidence du diabète et un taux de mortalité élevé, la prise en compte de la prévalence seule entraînera une sous-estimation du fardeau supérieur que le diabète représente dans ces groupes. De plus, l'âge d'apparition du diabète varie dans les différents groupes démographiques. Par exemple, le diabète est généralement diagnostiqué à un plus jeune âge chez les membres des Premières Nations (3), ce qui accroît le fardeau du diabète dans ce groupe. Certaines données indiquent que le diabète entraîne des résultats plus défavorables chez les membres des Premières Nations et les Métis que chez les non-Autochtones (10). Il se pourrait donc que les inégalités dans ces groupes démographiques soient plus grandes que ce qu'ont indiqué nos données sur la prévalence.

Puisque les données présentées sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité. Par exemple, la prévalence du diabète était supérieure chez les adultes qui étaient incapables de travailler. Même si cette observation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes incapables de travailler étaient plus à risque de souffrir de diabète, il se pourrait aussi que le diabète ait limité leur capacité de travailler. La présente analyse avait pour objet d'illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la prévalence du diabète dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Le fardeau disproportionné du diabète dans certains groupes dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels de la santé, qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (7), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Parce que les mesures quantifient les inégalités qui touchent des groupes sociaux définis, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène de ces groupes. Par exemple, une classification plus précise des immigrants selon leur pays d'origine révélerait plus fidèlement les différentes inégalités dans la population immigrante. La prévalence du diabète dans certains groupes pourrait être surestimée ou sous-estimée en raison de ces regroupements généraux (11). Le regroupement selon l'origine culturelle ou raciale peut aussi conduire à une surestimation ou à une sous-estimation de la prévalence du diabète dans les groupes hétérogènes qui font partie d'une même catégorie sociale (12), ainsi que dans les groupes autochtones. Notamment, la prévalence du diabète varie considérablement dans les différentes collectivités des Premières Nations (13). Enfin, les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées n'ont pas été décrites.

DISCUSSION

Le diabète est une maladie chronique qui impose un fardeau considérable dans la population canadienne, et ce fardeau n'est pas réparti également entre les groupes socioéconomiques et sociodémographiques. Les inégalités relatives les plus marquées se rapportaient à l'identité autochtone, à l'origine culturelle ou raciale, au niveau de scolarité (avec des différences entre les femmes et les hommes) et au revenu.

La prévalence du diabète était 1,3 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes sociaux. Toutefois, l'importance des inégalités dans la prévalence du diabète selon la situation socioéconomique était plus grande chez les femmes. À partir de mesures de la glycémie à jeun, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé a indiqué que la prévalence du diabète (diagnostiqué et non diagnostiqué auparavant) était de 37 % supérieure chez les hommes de 20 ans et plus que chez les femmes du même âge (8). Ces taux supérieurs de diabète chez les

hommes, qui sont bien documentés, sont dus au fait que les hommes ont tendance à développer le diabète à un indice de masse corporelle (IMC) inférieur par rapport aux femmes et qu'ils sont plus résistants à l'insuline que les femmes ayant le même IMC (14).

Au Canada, la proportion d'adultes diabétiques était considérablement plus élevée chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve que chez les non-Autochtones (encadré 1). Une étude menée récemment aux États-Unis indiquait aussi une prévalence élevée du diabète chez les Amérindiens des États-Unis (15). Selon une étude récente auprès de membres des Premières Nations vivant en Alberta, le risque qu'une personne de 20 ans soit atteinte de diabète au cours de sa vie atteindrait 87 % chez les femmes et 76 % chez les hommes (13). Comparativement, le risque qu'une personne de 20 ans soit atteinte de diabète au cours de sa vie serait de 47 % et de 56 %, respectivement, chez les femmes et les hommes non autochtones (16). Même si des études provinciales reposant sur des données administratives ont signalé une prévalence du diabète plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans la population des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve (16,17), nos résultats concernant les membres des Premières Nations vivant dans les réserves ou hors réserve ne montraient pas de différence selon le sexe ou le genre. Cette divergence pourrait s'expliquer par des différences entre les populations ou les méthodes de notre analyse et de ces études.

ENCADRÉ 1
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

La prévalence du diabète de type 2 chez les membres des Premières Nations reflète les effets persistants de la colonisation, qui a entravé la transmission de la culture d'une génération à l'autre et a modifié l'environnement physique des collectivités (18). Parmi ces changements se trouvent l'urbanisation des terres ancestrales et la création de réserves et de politiques régies par le gouvernement, notamment le système des laissez-passer (19,20). Ces changements ont eu plusieurs conséquences, au-delà du déplacement de la population des Premières Nations : en raison de la mobilité réduite et de la destruction des habitats (par l'exploitation forestière et la pollution liée aux eaux de ruissellement agricoles, entre autres), moins d'espèces de plantes et d'animaux ont été accessibles (19). Les membres des Premières Nations ont été contraints de délaisser leurs modes de vie actifs traditionnels, qui comprenaient les activités de récolte et les déplacements afin de suivre la migration des animaux ou pour le commerce (19). Ces modes de vie assuraient un approvisionnement en nourriture et un lien avec la culture, en plus de représenter une source d'activités sociales et physiques et un moyen de subsistance économique. La mobilité réduite, combinée à l'accessibilité accrue des régimes alimentaires occidentaux à forte teneur en sucre, a contribué aux taux de surpoids et d'obésité que l'on retrouve aujourd'hui au sein des Premières Nations. Un IMC élevé est un important facteur de risque du diabète de type 2 (21,22). L'éloignement ou la ruralité de nombreuses collectivités des Premières Nations, ainsi que la diminution de leurs ressources économiques, ont freiné le développement socioéconomique, y compris l'accès à des services de santé qui pourraient faciliter le traitement et la prévention du diabète de type 2 et de ses complications (comme une mauvaise santé buccodentaire et des amputations) (23,24). Tout comme la perte des liens avec la culture, ces obstacles représentent des sources de stress chronique, qui augmentent la prévalence d'autres facteurs de risque du diabète de type 2, comme l'hypertension artérielle et l'usage de la cigarette (18,22).

Les changements majeurs qui se sont produits dans l'alimentation et le mode de vie des Premières Nations au cours des 75 dernières années ont abouti à des taux d'obésité élevés et pourraient avoir contribué à la hausse de la prévalence du diabète (25). Le débat se poursuit en ce qui concerne l'importance relative des facteurs génétiques (p. ex. le polymorphisme *FNH1* G319S chez les Oji-Cris) et des facteurs environnementaux associés au risque accru de diabète chez les membres des Premières Nations (26). L'apparition plus précoce du diabète dans la population autochtone que dans la population non autochtone pourrait expliquer partiellement le taux supérieur de mortalité attribuable aux complications du diabète, notamment l'insuffisance rénale terminale, chez les Premières Nations (27). Les disparités dans les soins de santé, comme la fréquence moindre des tests de diagnostic (p. ex. le dosage de l'hémoglobine glyquée et du cholestérol LDL) chez les membres Premières Nations par rapport au reste de la population, pourraient aussi être un facteur contributif (28).

Même si la prévalence du diabète chez les adultes inuits était plus basse que chez les adultes non autochtones, cette constatation doit être interprétée avec prudence à cause de la variabilité considérable des données. Toutefois, les estimations de l'ESCC se rapprochent de celles provenant de l'Enquête sur la santé des Inuits menée lors de l'Année polaire internationale en 2007-2008 (29) et de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 (30).

Même si les immigrants de longue date avaient une prévalence plus élevée du diabète, la prévalence chez les immigrants récents était comparable à celle des non-immigrants. L'état de santé des immigrants récents est généralement meilleur que celui des adultes nés au Canada (un phénomène appelé l'effet de l'« immigrant en santé »); toutefois, l'état de santé des immigrants récents diminue à mesure qu'ils vivent au Canada (31).

La prévalence du diabète dans la population adulte du Canada était significativement plus élevée chez les Noirs, les Asiatiques du Sud et les Arabes/Asiatiques de l'Ouest que chez les Blancs. De même, des recherches antérieures avaient indiqué que le fait de ne pas être de race blanche au Canada était associé à une incidence supérieure du diabète (32). Aux États-Unis, les populations noires, de race mixte et hispaniques avaient des taux de diabète plus élevés que ceux de la population blanche. Toutefois, la différence entre les immigrants et les personnes nées aux États-Unis n'était pas statistiquement significative (33). Aux États-Unis, la prévalence du diabète était plus élevée chez les adultes latino-américains que chez les adultes blancs (34,35). Il est important de signaler que les méthodes de collecte de données sur l'origine ethnique ou la race peuvent différer selon les études, les bases de données ou les rapports.

La prévalence du diabète était la plus basse chez les professionnels et la plus élevée chez les travailleurs non qualifiés. Une tendance similaire a été observée pour la mortalité attribuable au diabète dans une cohorte issue du Recensement de 1991 au Canada (36). Le revenu et le niveau de scolarité étaient en relation inverse avec la prévalence du diabète. De même, dans un rapport canadien antérieur, une association inverse a été décrite entre le revenu et le diabète : les rapports de cotes étaient près de deux fois supérieurs pour les hommes et près de trois fois supérieurs pour les femmes dans la catégorie de revenu la plus faible, comparativement aux hommes et aux femmes de la catégorie de revenu la plus élevée (37). Dans les populations australienne et américaine, le diabète touchait davantage les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur que celles ayant un statut socioéconomique élevé (38,39).

On s'attend à ce que la prévalence du diabète, une cause majeure de morbidité et de mortalité au Canada, continue d'augmenter dans la prochaine décennie (40). Il devrait aussi y avoir une hausse de la prévalence

des nombreuses complications physiques et mentales attribuables ou associées au diabète, notamment les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, la cécité, l'insuffisance rénale, l'amputation des membres inférieurs et la dépression, entre autres.

Des inégalités relatives au diabète sont observées lorsqu'on applique différents facteurs de stratification sociale, dont la situation d'emploi, la profession, l'origine ethnique et l'identité autochtone. La prévalence du diabète suit en outre un gradient socioéconomique, les taux augmentant à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent. La prévalence supérieure observée dans certaines populations pourrait refléter des différences dans les facteurs de risques individuels, comme l'âge, l'alimentation, le tabagisme et l'inactivité physique, qui sont fortement influencés par le revenu, le niveau de scolarité, la sécurité alimentaire, l'environnement bâti et d'autres déterminants sociaux de la santé.

La mesure systématique des inégalités en santé chez les adultes canadiens vivant avec le diabète aidera à éclairer et à renforcer les interventions existantes, afin de réduire les différences observées et les répercussions connexes. Toutefois, pour s'attaquer aux causes profondes de ces inégalités, il faudra intervenir stratégiquement à l'égard des facteurs qui ont une incidence plus générale, notamment la pauvreté et les inégalités socioéconomiques, les environnements bâtis, l'accès à des aliments sains et abordables et l'accès aux services, pour n'en nommer que quelques-uns (3). La surveillance continue des inégalités relatives au diabète dans les différents groupes sociodémographiques et socioéconomiques est cruciale pour éclairer les programmes, les politiques et la recherche, ainsi que pour suivre l'évolution de l'épidémiologie du diabète et de ses déterminants au fil du temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour le diabète, à l'exclusion du diabète gestationnel. Source des données : ESCC 2010–2013

Références

(1) Agence de la santé publique du Canada. Quel est l'état de santé des Canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [page consultée le 10 avril 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/how-healthy-canadians/pub1-fra.pdf.

(2) Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2011;94(3):311-21.

(3) Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres [Internet]. Ottawa : Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques; 2011 [page consultée le 9 mars 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres.html.

(4) Association canadienne du diabète. Un tsunami économique le coût du diabète au Canada [Internet]. Ottawa : Association canadienne du diabète; 2009 [page consultée le 10 avril 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/economic-tsunami-cost-of-diabetes-in-canada-french.pdf.

(5) Raphael D, Anstice S, Raine K, McGannon KR, Kamil Rizvi S, Yu V. The social determinants of the incidence and management of type 2 diabetes mellitus: are we prepared to rethink our questions and redirect our research activities? Leadership in Health Services. 2003;16(3):10-20.

(6) Hill J, Nielsen M, Fox MH. Understanding the social factors that contribute to diabetes: a means to informing health care and social policies for the chronically ill. Perm J. 2013 Spring;17(2):67-72.

(7) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(8) Rosella LC, Lebenbaum M, Fitzpatrick T, Zuk A, Booth GL. Prevalence of Prediabetes and Undiagnosed Diabetes in Canada (2007-2011) According to Fasting Plasma Glucose and HbA1c Screening Criteria. Diabetes Care. 2015 Jul;38(7):1299-305.

(9) Evans J, Newton RW, Ruta DA, MacDonald TM, Morris AD. Socio economic status, obesity and prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes mellitus. Diabetic Med. 2000;17(6):478-80.

(10) Ghosh H, Spitzer D. Inequities in Diabetes Outcomes among Urban First Nation and Métis Communities: Can Addressing Diversities in Preventive Services Make a Difference? International Indigenous Policy Journal. 2014;5(1).

(11) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé. 1996 printemps;7(4) n° 82-003 au catalogue: 37-50.

(12) Edwards C, Fillingim R, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain. 2001 Nov;94(2):133-7.

(13) Oster RT, Grier A, Lightning R, Mayan MJ, Toth EL. Cultural continuity, traditional Indigenous language, and diabetes in Alberta First Nations. a mixed methods study. International journal for equity in health. 2014;13(1):92.

(14) Sattar N. Gender aspects in type 2 diabetes mellitus and cardiometabolic risk. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism. 2013;27(4):501-7.

(15) Indian Health Service Division of Diabetes Treatment and Prevention. Diabetes in American Indians and Alaska Natives: Facts At-a-Glance [Internet]. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2012 Jun [cited 2017 Apr 10]. Available from: http://www.ihs.gov/MedicalPrograms/Diabetes/HomeDocs/Resources/FactSheets/Fact_sheet_AIAN_508c.pdf.

(16) Turin TC, Saad N, Jun M, Tonelli M, Ma Z, Barnabe CC, *et al.* Lifetime risk of diabetes among First Nations and non-First Nations people. CMAJ. 2016 Nov 1;188(16):1147-53.

(17) Dyck R, Osgood N, Lin TH, Gao A, Stang MR. Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. CMAJ. 2010 Feb 23;182(3):249-56.

(18) Agence de la santé publique du Canada. [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2011. Chapitre 6 - Le diabète chez les populations autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) dans Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres [mise à jour le 15 décembre 2011; page consultée le 29 septembre 2017]; [environ 22 écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres/chapitre-6.html.

(19) Assemblée des Premières Nations. La consommation d'aliments traditionnels est-elle sans danger pour les Premières Nations? [Internet]. Ottawa : Assemblée des Premières Nations; 2017 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.afn.ca/uploads/files/rp-traditional_foods_safety_paper_final_fr.pdf.

(20) Snyder M, Wilson K, Whitford J. Examining the Urban Aboriginal Policy Gap: Impacts on Service Delivery for Mobile Urban Aboriginal Peoples in Winnipeg, Canada. Aboriginal Policy Studies. 2015;5(1).

(21) Turner NJ, Turner KL. Traditional food systems, erosion and renewal in Northwestern North America. IJTK. 2007 janv;6(1):57-68.

(22) Gouvernement du Canada. [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2015. Diabète de type 2 [mise à jour le 17 décembre 2015; page consultée le 29 septembre 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/diabete-type-2.html.

(23) Reading J. Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : approche fondée sur le parcours de vie. Ottawa (ON), Sous-comité sénatorial sur la santé de la population. 2009.

(24) Carrière G, Garner R, Sanmartin C, Équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé. Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002. Séries de documents de travail de la recherche sur la santé. Ottawa (ON), Statistique Canada. 2010.

(25) Haman F, Fontaine-Bisson B, Batal M, Imbeault P, Blais J, Robidoux M. Obesity and type 2 diabetes in Northern Canada's remote First Nations communities: the dietary dilemma. Int J Obes. 2010;34(S2):S24.

(26) Southam L, Soranzo N, Montgomery S, Frayling T, McCarthy M, Barroso I, *et al.* Is the thrifty genotype hypothesis supported by evidence based on confirmed type 2 diabetes-and obesity-susceptibility variants? Diabetologia. 2009;52(9):1846-51.

(27) Jiang Y, Osgood N, Lim HJ, Stang MR, Dyck R. Differential mortality and the excess burden of end-stage renal disease among First Nations people with diabetes mellitus: a competing-risks analysis. CMAJ. 2014 Feb 4;186(2):103-9.

(28) Deved V, Jette N, Quan H, Tonelli M, Manns B, Soo A, *et al.* Quality of care for First Nations and non-First Nations People with diabetes. Clin J Am Soc Nephrol. 2013 Jul;8(7):1188-94.

(29) Egeland GM, Cao Z, Young TK. Hypertriglyceridemic-waist phenotype and glucose intolerance among Canadian Inuit: the International Polar Year Inuit Health Survey for Adults 2007-2008. CMAJ. 2011 Jun 14;183(9):E553-8.

(30) Statistique Canada. [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2014. Enquête auprès des peuples autochtones [mise à jour le 30 novembre 2015; page consultée le 10 avril 2017]; [environ 24 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2014003-fra.htm.

(31) Ng E. The healthy immigrant effect and mortality rates. Health Reports. 2011;22(4):C1.

(32) Rosella LC, Mustard CA, Stukel TA, Corey P, Hux J, Roos L, *et al.* The role of ethnicity in predicting diabetes risk at the population level. Ethn Health. 2012;17(4):419-37.

(33) Beckles GL, Chou C. Diabetes: United States from 2006-2010. MMWR. 2013;62(3):99-104.

(34) Centres for Disease Control and Prevention. [Internet]. Atlanta : CDC; 2017. Diabetes home 2014: data and Statistics [mise à jour le 17 juillet 2017; page consultée le 10 avril 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.cdc.gov/diabetes/data/.

(35) Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the United States--gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. Epidemiol Rev. 2007;29:6-28.

(36) Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Mortalité par cause selon la suffisance du revenu au Canada : une étude de suivi sur 16 ans. Rapports sur la santé. 2013;24(7):12.

(37) Dinca-Panaitescu S, Dinca-Panaitescu M, Bryant T, Daiski I, Pilkington B, Raphael D. Diabetes prevalence and income: results of the Canadian Community Health Survey. Health Policy. 2011;99(2):116-23.

(38) Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2014 [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2014 [page consultée le 10 avril 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/.

(39) Rabi DM, Edwards AL, Southern DA, Svenson LW, Sargious PM, Norton P, *et al.* Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. BMC Health Services Research. 2006;6(1):124.

(40) Diabète Canada. [Internet]. Toronto : Association canadienne du diabète; 2017. Statistiques sur le diabète au Canada [mise à jour le 10 avril 2017]; [environ quatre écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.diabetes.ca/how-you-can-help/advocate/pourquoi-un-leadership-federal-est-essentiel/statistiques-sur-le-diabete-au-canada.

INÉGALITÉS RELATIVES À L'INCAPACITÉ AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La prévalence de l'incapacité chez les Canadiens sans emploi qui ne font pas partie de la population active représente 3,2 fois la prévalence chez les Canadiens qui ont un emploi. Il y a donc 13,7 personnes vivant avec une incapacité en plus pour 100 adultes chez les Canadiens sans emploi par rapport aux Canadiens qui ont un emploi.
- La prévalence de l'incapacité chez les adultes qui sont sans emploi, mais qui font partie de la population active est de 1,9 fois la prévalence chez les Canadiens qui ont un emploi. Cela signifie que, pour 100 adultes, il y a 5,4 cas d'incapacité en plus chez ceux qui sont sans emploi, mais qui font partie de la population active, par rapport à ceux qui ont un emploi.
- La prévalence de l'incapacité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, l'inégalité dans la prévalence de l'incapacité est plus marquée chez les hommes (ratio de prévalence [RP] = 4,1) que chez les femmes (RP = 2,7) si l'on compare les adultes sans emploi et ceux qui en ont un. Ainsi, 18,2 hommes de plus ont une incapacité pour 100 hommes qui ne font pas partie de la population active, en comparaison de ceux qui ont un emploi. Chez les femmes, l'écart est de 11,2 femmes de plus qui ont une incapacité pour 100 femmes qui ne font pas partie de la population active.
- Les inégalités relatives à l'incapacité sont particulièrement apparentes entre les groupes socioéconomiques au Canada. Les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires comptent 11,3 cas d'incapacité en plus pour 100 personnes que les diplômés universitaires, soit 2,2 fois la prévalence de l'incapacité chez les diplômés universitaires. Les Canadiens du quintile de revenu le plus faible comptent 9,1 cas d'incapacité en plus pour 100 personnes que les Canadiens du quintile de revenu le plus élevé. Il s'agit de 1,9 fois la prévalence de l'incapacité chez les Canadiens ayant les revenus les plus élevés.
- Chez les peuples autochtones (à l'exclusion des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans des collectivités du Nord), la prévalence de l'incapacité est 1,6 fois plus élevée que chez les non-Autochtones. Cela signifie que, pour 100 adultes, il y a 8,0 Autochtones de plus que de non-Autochtones qui vivent avec une incapacité. Cette inégalité se traduit par des taux d'incapacité 1,8 fois plus élevés chez les femmes autochtones et 1,3 fois plus élevés chez les hommes autochtones que chez les femmes et les hommes non autochtones, respectivement. Pour 100 personnes, cela correspond à 11,5 femmes autochtones de plus et à 4,1 hommes autochtones de plus qui vivent avec une incapacité par rapport à leurs homologues non autochtones.

ACRONYME	NOM COMPLET
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
CNUDPH	Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées
ECI	Enquête canadienne sur l'incapacité
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
IC	Intervalles de confiance
RP	Ratio de prévalence

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

En 2012, plus de 11 % des Canadiens de 15 ans ou plus ont déclaré qu'au moins l'un des trois types d'incapacité les plus répandus limitait leurs activités quotidiennes : douleur, mobilité et flexibilité. Plus du quart (26 %) des personnes qui ont dit avoir une incapacité étaient considérées comme ayant une incapacité « très sévère » (1).

Les déficiences menant à l'incapacité peuvent être présentes à la naissance, se développer au fil du temps ou être causées par un incident, telle une blessure. En outre, il existe plusieurs formes d'incapacité dont la gravité est variable selon le contexte (c.-à-d. si les conditions sont favorables ou défavorables).

Différentes approches théoriques et méthodologiques permettent de conceptualiser et de mesurer l'incapacité (2). Les « modèles médicaux » classiques tendent à définir l'incapacité comme une maladie ou un déficit biologique qui peut être atténué par une intervention ou une technologie médicale (2,3). À l'opposé, les « modèles sociaux » plus récents sont moins axés sur les problèmes de santé ou les déficiences physiques, sensorielles ou cognitives et tiennent davantage compte des obstacles sociaux et environnementaux qui font qu'une personne atteinte de déficience se retrouve en situation d'incapacité. De ce point de vue, l'incapacité n'est pas un déficit individuel, mais le produit de conditions sociales incapacitantes qui désavantagent les personnes atteintes de déficiences et qui empêchent leur pleine participation économique et sociale (4,5).

L'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), d'où proviennent les résultats contenus dans le présent chapitre, décrit l'incapacité comme un résultat de l'interaction entre les limitations des activités quotidiennes auxquelles fait face une personne en raison de la structure et du fonctionnement de son corps et les obstacles sociaux, environnementaux et physiques auxquels elle se heurte au quotidien (1). Cette définition repose sur le modèle social de l'incapacité (6). De même, selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH), « personnes handicapées » s'entend de « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». En 2010, le Canada a ratifié la CNUDPH, qui oblige les nations signataires à « protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque » (7).

Il existe des liens complexes entre les inégalités relatives à l'incapacité et le revenu, le niveau de scolarité, le soutien et les réseaux sociaux et l'exclusion sociale. Ces liens n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris (8-10). Au Canada, les personnes atteintes d'une incapacité sont plus nombreuses à vivre dans la pauvreté et l'isolement pour diverses raisons, notamment le manque de soutien social et structurel (11). Les personnes ayant une incapacité peuvent se heurter à des obstacles lorsqu'il s'agit d'obtenir une éducation de qualité, de conserver un emploi et de participer à la vie communautaire en général (12). Elles ont également des taux de chômage plus élevés que les personnes qui n'ont pas d'incapacité, ce qui a des répercussions sur deux plans. Premièrement, cela augmente les coûts sociaux associés au chômage,

en plus de priver les personnes ayant une incapacité d'un revenu et des avantages sociaux de l'emploi, ce qui donne lieu à des taux de pauvreté supérieurs (13). Deuxièmement, l'incapacité peut s'ajouter à d'autres identités sociales marginalisées (selon l'âge, la race ou l'origine ethnique, le statut d'immigrant) et créer des obstacles uniques, qui accentuent les inégalités dans divers sous-groupes de personnes ayant une incapacité. Les chercheurs adoptent de plus en plus des approches intersectionnelles dans le domaine de l'incapacité, afin de mieux identifier et comprendre ces différentes expériences (14,15).

En raison de ses liens étroits avec les inégalités sociales et en santé, l'incapacité a été sélectionnée en tant qu'indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur la prévalence de l'incapacité et les variables de stratification ont été obtenues par l'entremise du cycle de 2012 de l'ECI. Les répondants de l'enquête avaient 15 ans et plus et ne vivaient pas dans un logement collectif, tel qu'un établissement de soins de longue durée, une résidence pour aînés ou un foyer de groupe. L'échantillonnage de l'ECI s'est fait parmi les personnes qui avaient répondu affirmativement à une série de questions filtres sur la participation et les limitations d'activités lors de l'Enquête nationale auprès des ménages (16). Pour ces questions, les répondants devaient indiquer s'ils avaient des limitations dans leurs activités quotidiennes (p. ex. l'audition, la vision, la communication, la marche, l'apprentissage) ou si un problème de santé physique ou mental réduisait le nombre ou les types d'activités auxquels ils pouvaient participer à leur domicile, à l'école ou dans la vie quotidienne (17). L'ECI recourait de plus à un module de questions de dépistage des incapacités, afin de confirmer la présence d'une incapacité selon un modèle social et d'évaluer le niveau de sévérité de l'incapacité du répondant (léger, modéré, sévère et très sévère) (17). Dans l'ECI, le terme « incapacité » désignait les personnes qui avaient indiqué être « parfois », « souvent » ou « toujours » limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée. En outre, les répondants pouvaient être « rarement » limités s'ils étaient incapables d'accomplir certaines tâches ou pouvaient seulement les accomplir avec beaucoup de difficulté. Afin de saisir les aspects sociaux et environnementaux de l'incapacité, l'ECI contenait des questions sur la scolarité, les expériences d'emploi ainsi que l'utilisation d'aides ou d'appareils fonctionnels pour les activités quotidiennes (17).

Les inégalités ont été évaluées par l'examen des différences dans la prévalence de l'incapacité en fonction de stratificateurs sociaux, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les stratificateurs sociodémographiques sont le sexe ou le genre, l'identité autochtone[31], le statut de minorité visible, le statut d'immigrant et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus) et la situation d'emploi (15–64 ans). Il était impossible de stratifier l'incapacité en fonction de l'orientation sexuelle, puisque l'ECI ne comprenait pas cette information.

31. L'identité autochtone désigne les personnes qui ont indiqué être un membre de Premières Nations hors réserve, un Métis ou un Inuit, mais exclut les membres des Premières Nations vivant dans les réserves. Pour cette analyse, l'identité autochtone se mesure selon deux catégories : Autochtones et non-Autochtones. La catégorie des Autochtones regroupe les membres des Premières Nations qui vivent hors des réserves, ainsi que les Métis, les Inuits et ceux qui ont déclaré plus d'une identité autochtone. Pour de l'information sur l'incapacité chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans des collectivités du Nord, voir l'encadré 1.

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (18). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Des inégalités statistiquement significatives ont été constatées en fonction du sexe ou du genre, de l'identité autochtone, du statut d'immigrant, du revenu, du niveau de scolarité, de la situation d'emploi, de la profession et de la résidence en milieu urbain ou rural. Comme aucune inégalité statistiquement significative n'a été associée au statut de minorité visible, aucun résultat n'est présenté à ce sujet. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence de l'incapacité était de 14,9 % (IC à 95 % : 14,5–15,2 %) chez les femmes. Ce taux correspondait à 1,1 (IC à 95 % : 1,1–1,2) fois la prévalence chez les hommes (13,3 %; IC à 95 % : 13,0–13,7 %) (tableau 3).

Si la prévalence de l'incapacité était la même chez les femmes et chez les hommes, il y aurait une réduction de 10,6 % (IC à 95 % : 7,4–13,7 %) de la prévalence chez les femmes. Cela se traduirait en théorie par 219 460 (IC à 95 % : 151 250–287 660) cas d'incapacité en moins au Canada.

Peuples autochtones

Ce sont 21,9 % des adultes autochtones (à l'exclusion des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, voir l'encadré 1) qui ont déclaré être atteints d'une incapacité. Ce taux correspond à 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,7) fois la prévalence chez les adultes non autochtones. Ainsi, il y avait 8,0 (IC à 95 % : 5,8–10,2) cas d'incapacité en plus pour 100 personnes chez les adultes autochtones que chez les adultes non autochtones (figure 1).

Si la prévalence de l'incapacité chez les adultes autochtones (à l'exclusion des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord) était aussi basse que chez les adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 36,5 % (IC à 95 % : 29,8–43,1 %) de la prévalence chez les Autochtones. Cette réduction potentielle se traduirait par 53 570 cas d'incapacité en moins au Canada.

L'ampleur des inégalités relatives à l'incapacité était plus grande chez les femmes autochtones que chez les hommes autochtones (à l'exclusion des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord). La prévalence de l'incapacité était 1,8 (IC à 95 % : 1,6–2,0) fois plus élevée chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones; chez les hommes autochtones, la prévalence était 1,3 (IC à 95 % : 1,1–1,5) fois plus élevée que chez les hommes non autochtones.

Statut d'immigrant

La prévalence de l'incapacité chez les adultes non immigrants atteignait 14,6 % (IC à 95 % : 14,3–14,9 %), tandis qu'elle était de 12,7 % (IC à 95 % : 12,0–13,3 %) chez les adultes immigrants. Ainsi, la prévalence de l'incapacité chez les adultes immigrants correspondait à 0,9 (IC à 95 % : 0,7–1,0) fois la prévalence chez les adultes non immigrants (figure 2).

À 10,9 % (IC à 95 % : 10,0–11,8), la prévalence de l'incapacité chez les hommes immigrants correspondait à 0,8 (IC à 95 % : 0,7–0,8) fois la prévalence chez les adultes non immigrants (14,2 %; IC à 95 % : 13,7–14,7 %). Il n'y avait toutefois pas de différence importante dans la prévalence de l'incapacité entre les femmes immigrantes et non immigrantes.

ENCADRÉ 1
DONNÉES SUR L'INCAPACITÉ CHEZ LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

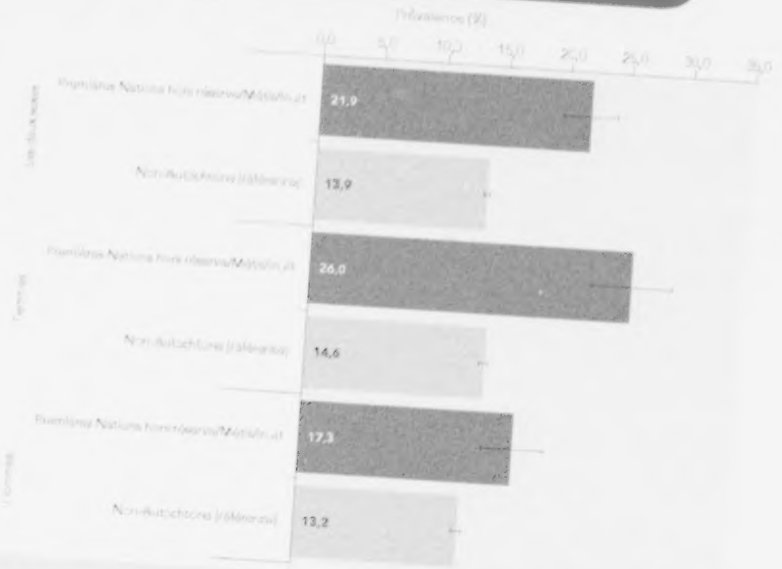
L'information sur l'incapacité chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord est obtenue par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux, par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Dans l'ERS, les répondants de 18 ans et plus devaient indiquer si des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé limitaient la nature ou le nombre de leurs activités domestiques, professionnelles ou autres. En raison de différences dans les questions d'enquête et les cadres d'échantillonnage, les résultats de l'ERS et de l'ECI ne sont pas comparables.

Globalement, 32,5 % (IC à 95 % : 31,0–33,9 %) des répondants de l'ERS de 18 ans et plus ont déclaré que des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé limitaient la nature ou le nombre de leurs activités domestiques, professionnelles ou autres. Sans que la différence soit statistiquement significative, il semblerait que le taux d'incapacité soit plus élevé chez les femmes que chez les hommes des Premières Nations vivant dans les réserves, soit 34,2 % (IC à 95 % : 32,2–36,2 %) contre 30,6 % (IC à 95 % : 28,8–32,3 %).

Comme l'ECI, l'ERS adopte un modèle social holistique de l'incapacité, selon lequel l'incapacité découle d'interactions complexes entre une personne et son environnement. Néanmoins, en raison de différences entre les cadres d'échantillonnage et le libellé des questions d'enquête, les résultats de l'ERS ne sont pas comparables à ceux de l'ECI.

FIGURE 1

Incapacité selon l'identité autochtone et le sexe ou le genre, Canada, âges 15 ans et plus, 2012

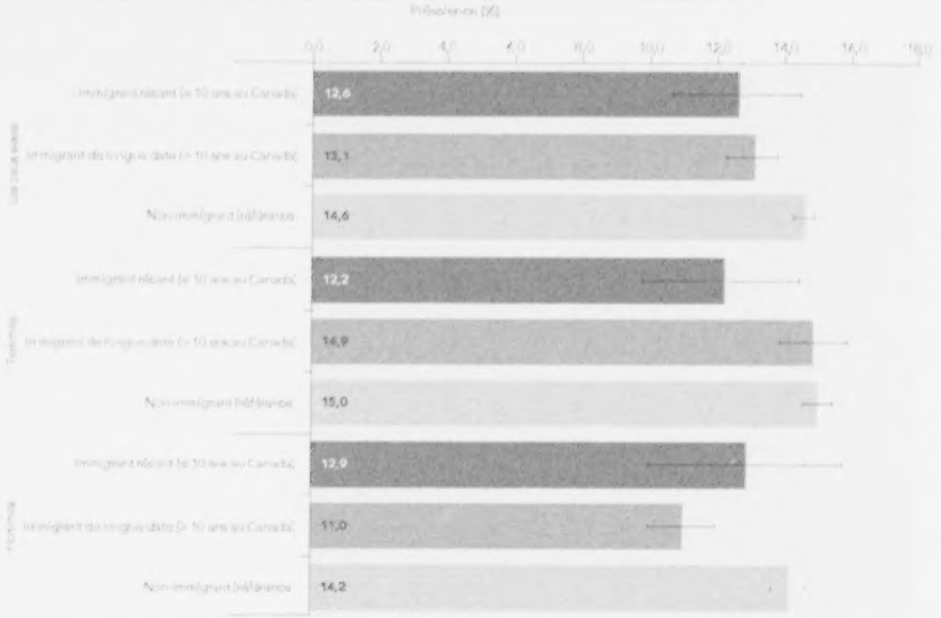


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations hors réserve/ Métis/Inuit	1,6*	8,0*	36,5*	1,4*	0,2*	53 570*
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Premières Nations hors réserve/ Métis/Inuit	1,8*	11,5*	44,0*	2,0*	0,3*	41 090*
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Premières Nations hors réserve/ Métis/Inuit	1,3*	4,1*	23,6*	0,7*	0,1*	12 650*
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête Canadienne sur l'incapacité (2012).

FIGURE 2

Incapacité selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, âges 15 ans et plus, 2012



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCES (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCES (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,9	−2,0*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> de 10 ans au Canada)	0,9	−1,5*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,8	−2,9*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	1,0	−0,1	NA	NA	0,0	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,9	−1,3	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,8*	−3,2*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête canadienne sur l'incapacité (2012)

Revenu

La relation entre la prévalence de l'incapacité et le revenu était inverse : plus le revenu augmentait, plus les taux d'incapacité diminuaient. La prévalence de l'incapacité chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était de 19,8 % (IC à 95 % : 18,9–20,7 %). Ce taux correspondait à 1,9 (IC à 95 % : 1,7–2,0) fois la prévalence de l'incapacité chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé (10,7 %; IC à 95 % : 9,9–11,4 %) (figure 3).

Si la prévalence de l'incapacité chez les adultes du quintile de revenu le plus faible était la même que chez les adultes du quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 46,2 % (IC à 95 % : 41,5–50,8 %) de la prévalence déclarée dans le quintile de revenu le plus faible. La prévalence nationale serait alors potentiellement réduite de 14,7 % (IC à 95 % : 12,6–16,7 %), ce qui équivaudrait à 553 320 (IC à 95 % : 476 570–630 070) cas d'incapacité en moins au Canada.

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

À l'instar du revenu, la prévalence de l'incapacité variait en fonction du niveau de scolarité, la prévalence diminuant à mesure que le niveau de scolarité augmentait. La prévalence de l'incapacité était 2,2 (IC à 95 % : 2,0–2,5) fois plus élevée chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires que chez les adultes ayant le plus haut niveau de scolarité (figure 4).

Si les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires avaient la même prévalence de l'incapacité que les diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 55,5 % (IC à 95 % : 51,2–59,8 %) de la prévalence de l'incapacité chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Cela se traduirait par une réduction de 15,3 % (IC à 95 % : 13,6–17,1 %) de la prévalence globale de l'incapacité, ou 565 460 (IC à 95 % : 500 150–630 780) cas d'incapacité en moins au Canada.

> Si la prévalence de l'incapacité chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était la même que chez les diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 55,5 % de la prévalence de l'incapacité dans ce groupe (de 20,3 % à 9,0 %).

Situation d'emploi et profession (15 à 64 ans)

La prévalence de l'incapacité atteignait 19,9 % (IC à 95 % : 19,1–20,7 %) chez les adultes qui ne faisaient pas partie de la population active (la population active comprenant les personnes ayant un emploi et celles sans emploi). C'était 3,2 (IC à 95 % : 3,0–3,4) fois la prévalence chez les adultes ayant un emploi (6,2 %; IC à 95 % : 5,9–6,5 %) (figure 5).

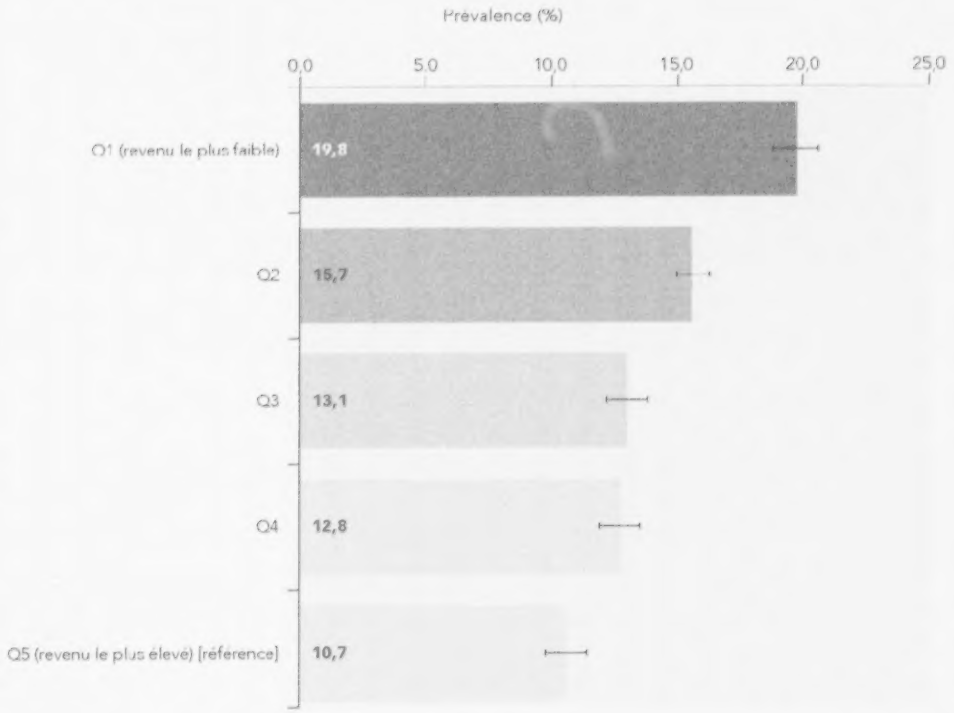
Si les adultes qui ne faisaient pas partie de la population active avaient la même prévalence de l'incapacité que les adultes ayant un emploi, il y aurait une réduction de 68,8 % (IC à 95 % : 66,6–71,0 %) des cas d'incapacité chez les personnes ne faisant pas partie de la population active. Cette diminution entraînerait une baisse de 29,6 % (IC à 95 % : 27,5–31,8 %) du taux national d'incapacité et représenterait 693 150 (IC à 95 % : 641 470–744 840) cas d'incapacité en moins au Canada.

À 11,6 % (IC à 95 % : 9,9–13,3 %), la prévalence de l'incapacité chez les membres de la population active qui étaient sans emploi équivalait à 1,9 fois la prévalence chez les Canadiens ayant un emploi.

Les femmes qui ne faisaient pas partie de la population active avaient une prévalence de l'incapacité de 2,7 (IC à 95 % : 2,5–2,9) fois la prévalence chez les femmes ayant un emploi. En comparaison, les hommes qui ne faisaient pas partie de la population active avaient une prévalence de l'incapacité de 4,1 (IC à 95 % : 3,6–4,5) fois la prévalence chez les hommes ayant un emploi.

FIGURE 3

Incapacité selon le quintile de revenu, Canada, âges 15 ans et plus, 2012

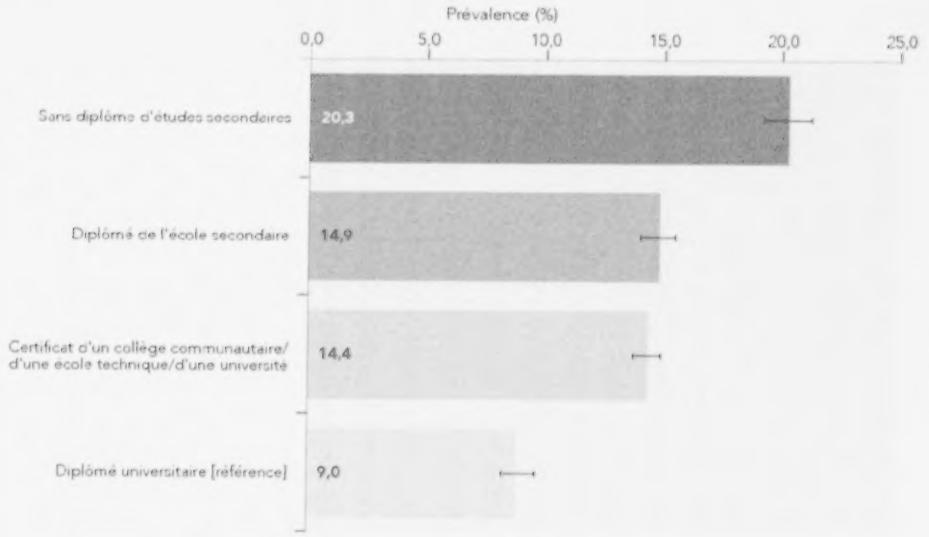


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	1,9*	9,1*	46,2*	14,7*	2,0*	553 320*
Q2	1,5*	5,1*	32,3*	7,8*	1,1*	294 650*
Q3	1,2*	2,4*	18,3*	3,2*	0,4*	121 450*
Q4	1,2*	2,1*	16,7*	2,6*	0,4*	98 180*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête canadienne sur l'incapacité (2012)

FIGURE 4

Incapacité selon le niveau de scolarité, Canada, âges 20 ans et plus, 2012

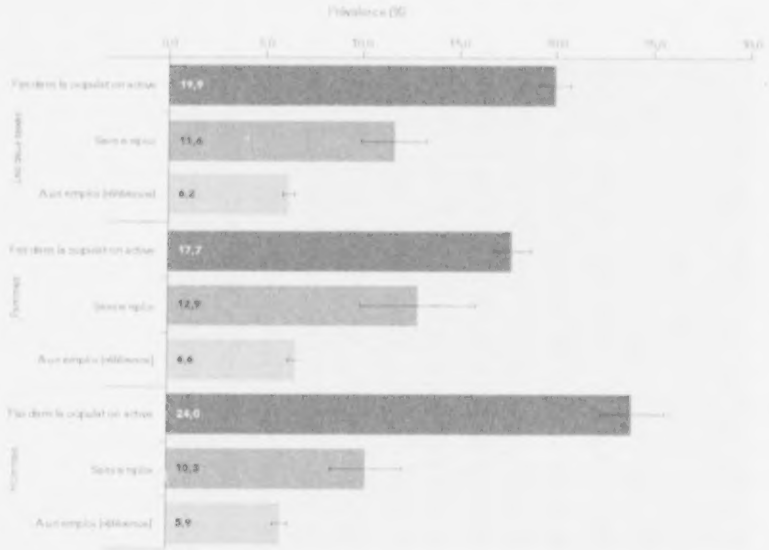


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	2,2*	11,3*	55,5*	15,3*	2,2*	565 460*
Diplôme de l'école secondaire	1,6*	5,9*	39,4*	9,6*	1,4*	354 950*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	1,6*	5,4*	37,2*	12,0*	1,7*	443 300*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête canadienne sur l'incapacité (2012)

FIGURE 5

Incapacité selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 15–64 ans, 2012



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Pas dans la population active	3,2*	13,7*	68,8*	29,6*	3,0*	693 150*
Sans emploi	1,9*	5,4*	46,4*	2,7*	0,3*	63 800*
A un emploi [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Pas dans la population active	2,7*	11,2*	62,9*	28,2*	3,0*	349 610*
Sans emploi	2,0*	6,3*	48,9*	2,9*	0,3*	35 880*
A un emploi [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Pas dans la population active	4,1*	18,2*	75,6*	31,1*	2,9*	341 270*
Sans emploi	1,8*	4,4*	43,1*	2,5*	0,2*	27 640*
A un emploi [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête canadienne sur l'incapacité (2012)

Des inégalités considérables ont également été observées entre les catégories professionnelles. La prévalence de l'incapacité atteignait 11,2 % (IC à 95 % : 9,9–12,6 %) chez les travailleurs non qualifiés, ce qui était 2,1 (IC à 95 % : 1,7–2,4) fois plus élevé que chez les professionnels (5,4 %; IC à 95 % : 4,8–6,0). Si la prévalence de l'incapacité était la même chez les travailleurs non qualifiés que chez les professionnels, il y aurait une réduction de 52,2 % (IC à 95 % : 44,2–60,1 %) de la prévalence chez les travailleurs non qualifiés. Une telle diminution réduirait potentiellement de 4,9 % (IC à 95 % : 3,6–6,2 %) la prévalence nationale de l'incapacité, ce qui se traduirait par 114 740 (IC à 95 % : 83 930–145 540) cas d'incapacité en moins au Canada.

Résidence en milieu urbain ou rural (15 ans et plus)

Les résidents de Toronto, Montréal ou Vancouver avaient une prévalence de l'incapacité de 12,2 % (IC à 95 % : 11,6–12,7 %). Ce taux correspond à 0,8 (IC à 95 % : 0,7–0,8) fois la prévalence dans les autres grands centres urbains, où elle se situait à 15,5 % (IC à 95 % : 15,0–15,9 %).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

L'échantillon de l'ECI se compose de répondants de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) qui ont déclaré des limitations de leurs activités quotidiennes en raison d'une déficience ou d'un problème de santé physique ou mentale. Les questions filtres de l'ENM tendent à exclure les personnes qui ont des incapacités très légères ou qui ont une incapacité non physique (19). Par conséquent, l'ECI pourrait avoir négligé certaines personnes qui vivent avec une incapacité, mais qui n'ont pas associé ces questions à leurs propres limitations d'activités. En outre, l'ECI exclut les personnes vivant dans des établissements, chez qui l'on retrouve le plus d'incapacités sévères. Les données collectées par l'ECI n'étaient pas stratifiées en fonction de l'orientation sexuelle, de l'origine culturelle ou raciale ou de la défavorisation matérielle ou sociale.

Puisque les données de l'ECI sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité. Ainsi, nos constatations n'ont pas pour objet d'évaluer la force ou la direction de la relation entre les stratificateurs sociaux et l'incapacité. Il s'agit plutôt de quantifier l'ampleur des inégalités entre différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Toutefois, d'autres études ont révélé que le fardeau disproportionné de l'incapacité dans ces groupes dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels de la santé (20).

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (21), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

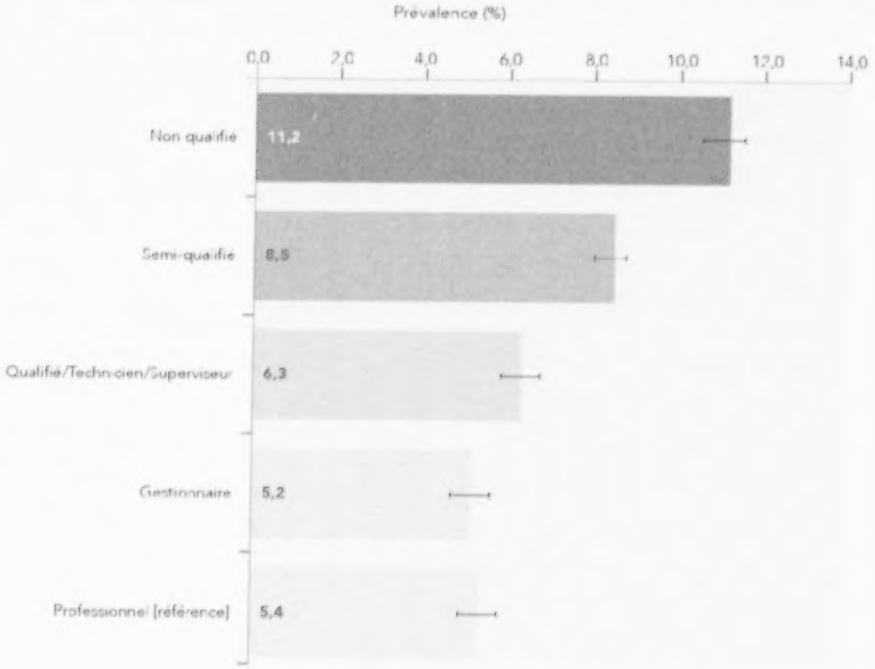
Enfin, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène de certains groupes utilisés aux fins de stratification. Les inégalités associées aux identités multiples et croisées ne sont pas décrites dans notre analyse. Par exemple, l'utilisation d'un groupe commun pour l'ensemble des « minorités visibles » au lieu de plusieurs groupes selon l'origine culturelle ou raciale, ou encore l'incapacité de classer les immigrants par pays d'origine à l'aide des données existantes, pourrait masquer des inégalités potentielles que vivent certains groupes démographiques distincts et non homogènes (22,23). Ces limites découlent d'importantes lacunes des données et font ressortir la possibilité d'améliorer la collecte de données sur les personnes ayant une incapacité au Canada.

DISCUSSION

L'incapacité est fortement liée au bien-être et à l'état de santé des familles et des personnes. Des inégalités relatives à l'incapacité sont observées en fonction de plusieurs stratificateurs sociaux, dont la situation d'emploi, la profession, le revenu, le niveau de scolarité et l'identité autochtone.

FIGURE 6

Incapacité selon la profession, Canada, âges 15–64 ans, 2012

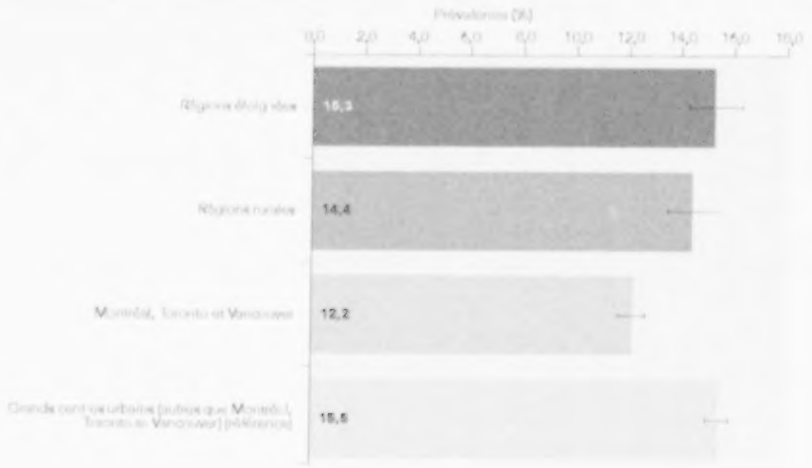


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Non qualifié	2,1*	5,9*	52,2*	4,9*	0,5*	114 740*
Semi-qualifié	1,6*	3,1*	36,5*	7,2*	0,7*	168 150*
Qualifié/Technicien/ Superviseur	1,2	0,9*	14,9*	2,5*	0,3	58 810*
Gestionnaire	1,0	−0,1	NA	NA	0,0	NA
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête canadienne sur l'incapacité (2012)

FIGURE 7

Incapacité selon la résidence en milieu rural ou urbain, Canada, âges 15 ans et plus, 2012



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Régions éloignées	1,0	−0,1	NA	NA	NA	NA
Régions rurales	0,9	−1,0	NA	NA	NA	NA
Montréal, Toronto et Vancouver	0,8*	−3,3*	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête canadienne sur l'incapacité (2012)

Au Canada, les peuples autochtones avaient une prévalence plus élevée d'incapacité que les non-Autochtones (encadré 2). Les inégalités entre les groupes autochtones et non autochtones étaient plus grandes chez les femmes que chez les hommes. Les blessures sont plus répandues dans les groupes autochtones, ainsi que de nombreuses maladies chroniques qui tendent à évoluer vers une incapacité (24). Même si ces facteurs de risque d'incapacité touchent de façon disproportionnée les femmes des Premières Nations comparativement aux hommes des Premières Nations, des tendances similaires ont été observées chez les femmes non autochtones aux niveaux national et mondial (25-28).

L'incapacité était moins répandue chez les immigrants par rapport aux non-immigrants. En outre, la prévalence de l'incapacité était plus faible chez les immigrants qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans que chez les immigrants arrivés au Canada depuis plus de 10 ans (37). Le fait que les immigrants qui arrivent dans un pays sont en meilleure santé que les natifs de ce pays – un phénomène appelé l'« effet de l'immigrant en santé » – est attribué à l'autosélection et à la façon dont les pays, y compris le Canada, choisissent les migrants en fonction de leur état de santé et de facteurs, tels que la scolarité, qui prédisent la santé future (38).

Les inégalités relatives à l'incapacité au Canada étaient particulièrement apparentes entre les groupes socioéconomiques. Cette observation rejoint celles d'autres recherches, qui ont trouvé une association étroite entre l'incapacité et le statut socioéconomique (39,40). Les personnes qui se situaient dans les quintiles de revenus les plus faibles affichaient des taux d'incapacité presque deux fois plus élevés que ceux du quintile de revenu le plus élevé; un gradient socioéconomique similaire a été observé pour le niveau de scolarité. De même, la prévalence de l'incapacité était plus de trois fois supérieure chez les personnes qui ne faisaient pas

ENCADRÉ 2
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Les taux nationaux d'incapacité semblent élevés dans la population des Premières Nations, mais ils varient considérablement d'une collectivité à l'autre, probablement à cause de nombreux facteurs interreliés. L'éloignement et le caractère rural de certaines collectivités peuvent créer des obstacles financiers et géographiques lorsqu'il s'agit d'obtenir des soins de santé qui pourraient aider à traiter des maladies (comme le diabète) susceptibles de mener à une incapacité (p. ex. perte de vision ou amputations des membres inférieurs) (29). Dans un grand nombre de collectivités, les obstacles au développement économique ont des répercussions sur la scolarité, l'emploi et les conditions de vie (p. ex. des taux élevés de surpeuplement, des logements en mauvais état). Ces conditions nuisent au bien-être et favorisent des issues de santé négatives, notamment des blessures (p. ex. des accidents, des tentatives de suicide) et des maladies chroniques (comme l'arthrite ou le diabète), qui peuvent aboutir à une incapacité (1,30–34). Les facteurs de risque de l'incapacité sont souvent exacerbés chez les membres des Premières Nations, en raison des effets transgénérationnels de la colonisation sur les conditions environnementales, psychosociales et sanitaires dans les collectivités (34,35). Par exemple, le modèle occidentalisé dominant de prestation des soins de santé peut aboutir à des conflits avec les valeurs des Premières Nations, à la stigmatisation et au racisme systémique, ce qui réduit encore plus l'accès à des traitements adéquats dans les collectivités des Premières Nations (36).

partie de la population active, par rapport aux personnes qui avaient un emploi, et presque deux fois plus élevée chez les personnes sans emploi qui cherchaient un travail. Même si des incapacités peuvent dans certains cas limiter la capacité de travailler d'une personne, pour beaucoup de personnes ayant une incapacité, le problème tient à des obstacles physiques et comportementaux qui empêchent l'intégration dans le milieu de travail, un marqueur important de l'autonomie financière et de l'inclusion sociale et économique. Du point de vue du marché du travail, les personnes ayant une incapacité représentent un bassin considérable de talents, qui demeure sous-utilisé par les employeurs (41,42).

Comme le décrit le modèle social de l'incapacité, celle-ci n'est pas un déficit individuel, mais plutôt le résultat de conditions sociales incapacitantes qui désavantagent et qui excluent les personnes aux prises avec une incapacité. Différentes stratifications sociales révèlent des inégalités dans l'incapacité, dont la situation d'emploi, la profession, le lieu de résidence, le statut d'immigrant et l'identité autochtone. Il existe en outre un gradient socioéconomique évident dans la prévalence de l'incapacité, les taux augmentant à mesure que baissent les niveaux de revenu et de scolarité. Le fardeau disproportionné de l'incapacité dans certains groupes est influencé par un système complexe de facteurs sociaux et structurels de la santé (20). Lorsque l'incapacité s'additionne à d'autres caractéristiques sociodémographiques, telles que l'orientation sexuelle et le statut culturel ou racial, des obstacles additionnels et uniques peuvent surgir et accentuer les inégalités dans les sous-populations touchées.

Des interventions politiques, des programmes et de la recherche sont nécessaires pour que l'on puisse agir sur les grands facteurs intersectoriels qui influencent les conditions sociales incapacitantes, comme l'accès à l'éducation et à l'emploi (9), qui désavantagent et excluent des personnes atteintes de déficiences et qui créent ces inégalités. La surveillance et la mesure systématiques et continues des inégalités en santé entre les adultes vivant avec une incapacité dans les différentes strates de la société aideront à définir et à renforcer les interventions en vue de réduire les différences observées, ainsi qu'à suivre l'évolution de ces inégalités dans le temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'incapacité. Source des données : ECI 2012

Stratificateurs initiaux		Prévalence standardisée selon l'âge (%)			MESURES SOMMAIRES						MESURES DE L'IMPACT SUR LA POPULATION								
					Ratio de prévalence (RP)			Différence de prévalence (DP) pour 100			Fraction attribuable (FA%)			Fraction attribuable dans la population (FAPP%)			Taux attribuables dans la population (TAP) pour 100			Nombre de personnes à risque dans la population (NAP)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Global	Les deux sexes	14,2	14,9	13,3	NA																	
Groupes de population																						
Sexe/genre	Femmes	14,5	NA		NA	1,1 *	NA	NA	1,6 *	NA	NA	10,6 *	NA	NA	5,3 *	NA	NA	0,8 *		NA	219 460 *	NA
	Hommes (référence)	13,3			Référence																	
Identité autochtone	Premières Nations hors réserve/Inuit/Métis	21,6	24,0	17,3	1,6 *	1,8 *	1,3 *	8,0 *	11,6 *	4,1 *	36,5 *	44,0 *	23,6 *	1,4 *	2,0 *	0,7 *	0,2 *	0,3 *	0,1	53 570 *	41 090 *	12 450 *
	Non-Autochtone (référence)	13,9	14,6	13,2	Référence																	
Origine culturelle/ raciale	Minorité visible	13,4	14,7	11,3	0,9	1,0	0,9	-0,8	-0,1	-2,1 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Pas une minorité visible (référence)	14,2	14,8	13,6	Référence																	
Statut d'immigrant	Récent	12,6	12,2	12,9	0,9	0,8	0,9	-2,0 *	-2,9 *	-1,2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	De longue date	13,1	14,9	11,3	0,9	1,0	0,8 *	-1,5 *	-0,1	-3,2 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Non-immigrant (référence)	14,4	15,0	14,2	Référence																	
Statut d'immigrant (agrégé)	Immigrant	12,7	14,2	10,9	0,9 *	0,9	0,8 *	1,9 *	0,8	3,3 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Non-immigrant (référence)	14,4	15,0	14,2	Référence																	
Résidence en milieu rural/ urbain	Régions éloignées	15,3	15,8	15,0	1,0	1,0	1,0	-0,1	-0,7	0,5	NA	NA	3,4	NA	NA	1,0	0,0	0,0	0,0	NA	NA	3 930
	Régions rurales	14,4	14,2	14,7	0,9	0,9	1,0	-1,0	-2,2 *	0,2	NA	NA	1,5	NA	NA	1,2	NA	NA	0,0	NA	NA	3 750
	Toronto, Montréal, et Vancouver	12,2	13,2	10,9	0,8 *	0,8 *	0,8 *	-3,5 *	-3,5 *	-3,5 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (référence)	15,5	16,5	14,4	Référence																	
Déterminants socioéconomiques de la santé																						
Quintile de revenu	Q1 (revenu le plus bas)	19,8	20,6	18,8	1,6 *	1,7 *	1,5 *	9,1 *	8,5 *	9,0 *	46,2 *	47,4 *	42,2 *	14,7 *	14,4 *	14,6 *	2,0 *	2,1 *	1,8 *	553 320 *	299 510 *	248 400 *
	Q2	15,7	16,0	15,4	1,3 *	1,3 *	1,2 *	5,1 *	4,0 *	4,6 *	32,3 *	24,9 *	41,7 *	7,8 *	5,6 *	11,0 *	1,1 *	0,8 *	1,4 *	294 650 *	114 270 *	156 320 *
	Q3	13,1	13,7	12,5	1,2 *	1,1	1,4 *	2,4 *	1,4 *	3,5 *	13,3 *	11,9 *	27,9 *	3,2 *	2,0 *	5,2 *	0,4 *	0,3	0,7 *	121 450 *	41 930 *	88 500 *
	Q4	12,8	13,9	11,6	1,2 *	1,2	1,3 *	2,1 *	1,9 *	2,6 *	16,7 *	13,4 *	22,6 *	2,6 *	2,0 *	3,7 *	0,4 *	0,3	0,5 *	98 180 *	41 350 *	62 970 *
	Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	10,7	12,0	9,0	Référence																	
Niveau de scolarité (âgés 25 ans et plus)	Sans diplôme d'études secondaires	20,3	22,6	18,1	2,2 *	2,3 *	1,7 *	17,3 *	18,9 *	5,8 *	55,5 *	54,2 *	43,8 *	15,3 *	17,1 *	13,3 *	2,2 *	2,7 *	1,8 *	565 460 *	348 160 *	220 310 *
	Diplôme ou l'école secondaire	14,9	15,8	13,7	1,6 *	1,6 *	1,6 *	5,9 *	6,1 *	5,4 *	39,4 *	38,8 *	39,2 *	9,6 *	10,6 *	8,6 *	1,4 *	1,6 *	1,1 *	354 450 *	209 330 *	141 800 *
	Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	14,6	14,7	14,4	1,6 *	1,5 *	1,7 *	5,4 *	5,0 *	6,7 *	37,2 *	37,3 *	40,8 *	12,0 *	10,9 *	14,8 *	1,7 *	1,6 *	2,0 *	443 300 *	203 040 *	268 920 *
	Diplôme universitaire (référence)	9,0	9,6	8,4	Référence																	
Situation d'emploi (âgés 15-75 ans	Pas dans la population active	19,5	17,7	24,0	3,2 *	2,7 *	4,1 *	13,70 *	11,20 *	18,2 *	68,8 *	62,9 *	75,6 *	25,6 *	28,2 *	31,1 *	3,0 *	3,0 *	2,9 *	492 150 *	349 470 *	341 270 *
	Sans emploi	11,8	12,9	10,3	1,9 *	2,0 *	1,8 *	5,40 *	6,30 *	4,4 *	46,4 *	48,9 *	43,1 *	2,7 *	2,9 *	2,5 *	0,3 *	0,3 *	0,2 *	64 600 *	35 880 *	27 640 *
	A un emploi (référence)	6,2	5,6	5,9	Référence																	
Profession (âgés 15-64 ans)	Non qualifié	11,2	11,6	10,9	1,9 *	2,1 *	1,9 *	5,9 *	6,1 *	5,8 *	52,2 *	52,4 *	53,1 *	4,9 *	4,5 *	5,4 *	0,5 *	0,5 *	0,5 *	114 740 *	56 360 *	59 660 *
	Semi-qualifié	8,5	9,0	7,8	1,4 *	1,6 *	1,5 *	3,1 *	3,5 *	2,7 *	39,5 *	39,0 *	34,6 *	7,2 *	6,1 *	9,1 *	0,7 *	0,9 *	0,8 *	168 150 *	70 410 *	88 310 *
	Qualifié/Technicien/ Superviseur	6,3	5,7	6,1	1,2	1,2	1,2	0,9 *	1,2 *	0,9	14,9 *	19,0 *	15,4	2,5 *	3,3	3,3	0,3	0,3	NA	58 810 *	29 200 *	36 100
	Gestionnaire	5,2	4,4	4,4	1,0	1,2	0,9	-0,1	0,9	-0,7	NA	13,9 *	NA	NA	0,4	NA	0,0	0,1	0,3	NA	7 140	NA
	Professionel (référence)	5,4	5,9	5,1	Référence																	

NOTE :

LÉGENDE :

Références

(1) Statistique Canada. [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2013. L'incapacité au Canada : premiers résultats de l'Enquête canadienne sur l'incapacité [mise à jour le 30 novembre 2015, page consultée le 27 mars 2017]; [environ deux écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.htm

(2) Berghs MJ, Atkin KM, Graham HM, Hatton C, Thomas C. Implications for public health research of models and theories of disability: a scoping study and evidence synthesis. 2016.

(3) McDermott S, Turk MA. The myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. Disability and Health Journal. 2011;4(1):1-5.

(4) Shakespeare T. The social model of disability. The disability studies reader. 2006;2:197-204.

(5) Barnes C. Understanding the social model of disability. Routledge handbook of disability studies Oxon and New York: Routledge. 2012.

(6) MacKenzie Andrew, Hurst Matt et Crompton Susan. [Internet]. Statistique Canada; 16 février 2010. Série sur la vie avec une incapacité : Définition de l'incapacité dans l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités [mise à jour le 16 février 2010, page consultée le 15 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2009002/article/11024-fra.htm.

(7) Organisation des Nations Unies. [Internet]. Organisation des Nations Unies; Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif [mise à jour le 27 mars 2008, page consultée le 15 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html.

(8) Adelson N. The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. Canadian Journal of Public Health. 2005;96(2):S45.

(9) Commission canadienne des droits de la personne. Le Rapport sur les droits à l'égalité des personnes ayant une déficience [page consultée le 15 novembre 2017].

(10) Brown CL, Emery J. The impact of disability on earnings and labour force participation in Canada: Evidence from the 2001 PALS and from Canadian case law. J.Legal Econ. 2009;16:19.

(11) Association canadienne pour l'intégration communautaire. Équité et sécurité du revenu pour les Canadiens ayant une déficience intellectuelle et leur famille. ACIC; 2013 [page consultée le 15 novembre 2017].

(12) Conseil des Canadiens avec déficiences. [Internet]. Politique sociale [mise à jour en 2013, page consultée le 15 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.ccdonline.ca/fr/socialpolicy.

(13) Turcotte M. Les personnes avec incapacité et l'emploi. Statistique Canada; 2014 [page consultée le 15 novembre 2017].

(14) Sienstra D. Race/ethnicity and disability studies: towards an explicitly intersectional approach. In: N Watson N, A Roulstone, C Thomas, editor. *Routledge Handbook of Disability Studies*: London: Routledge; 2012. p. 376.

(15) Warner DF, Brown TH. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectional approach. Social Science and Medicine. 2011;72(8):1236-1248.

(16) Enquête nationale auprès des ménages. Enquête nationale auprès des ménages, 2011, fichiers de microdonnées à grande diffusion (FMGD). 2011.

(17) Statistique Canada. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012 : Guide des concepts et méthodes. Statistique Canada; 2014 [page consultée le 15 novembre 2017].

(18) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(19) Grondin C. Nouvelle mesure de l'incapacité dans les enquêtes : questions d'identification des incapacités (QII). Statistique Canada; 2016 [page consultée le 15 novembre 2017].

(20) Emerson E, Madden R, Graham H, Llewellyn G, Hatton C, Robertson J. The health of disabled people and the social determinants of health. Public Health. 2011 201103;125(3):145-7.

(21) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(22) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé. Printemps 1996; nº 82-003 au catalogue, 7(4) : 37-50.

(23) Edwards C, Fillingim R, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain. 2001 Nov;94(2):133-7.

(24) Statistique Canada. [Internet]. 2014. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012 : Guide des concepts et méthodes. Nº 89-654-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Version mise à jour en novembre 2015. Accessible à l'adresse : https://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2014001-fra.htm

(25) Dyck R, Osgood N, Lin TH, Gao A, Stang MR. Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. CMAJ. 2010 Feb 23;182(3):249-56.

(26) Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. Global health action. 2016;9(1):31516.

(27) King M. Maladies chroniques et taux de mortalité au sein des populations autochtones du Canada : tirer profit des connaissances. Maladies chroniques au Canada. Déc. 2010; 31(1):3-4.

(28) Statistique Canada. [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2016. La victimisation chez les Autochtones au Canada, 2014. Nº 85-002-X au catalogue [mise à jour le 28 juin 2016, page consultée le 23 mars 2017]; [environ 24 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14631-fra.htm.

(29) National Coalition for Vision Health. [Internet]. Vision Loss in Canada 2011. [Page consultée le 16 novembre 2017]; [environ quatre écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.ccs-sco.ca/wp-content/uploads/2012/09/VisionLossinCanada_e.pdf.

(30) Institut canadien d'information sur la santé. Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé; 2006 [page consultée le 15 novembre 2017].

(31) Oliver LN, Finès P, Bougie E, Kohen D. Hospitalisations pour blessures intentionnelles dans les régions à fort pourcentage de résidents d'identité autochtone, 2004-2005 à 2009-2010. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2014;34(2-3):88-100.

(32) Pike I, McDonald R, Piedt S, Macpherson AK. Élaboration d'indicateurs de blessures chez les enfants et les jeunes des Premières nations et inuits au Canada grâce à une méthode de Delphes modifiée. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2014;34(4).

(33) Statistique Canada. [Internet]. Statistique Canada; Tableau 15 Prévalence de certains problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé, population féminine âgée de 15 ans et plus, certains groupes d'identité autochtone, Canada, 2012 [mise à jour le 23 février 2016, page consultée le 16 novembre 2017]; [environ un écran]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2015001/article/14313/tbl/tbl15-fra.htm.

(34) Statistique Canada. Un aperçu des statistiques sur les Autochtones : 2e édition [Internet]. Statistique Canada; 2015 [page consultée le 15 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/89-645-x2015001-fra.pdf.

(35) Statistique Canada. [Internet]. 2015. L'écart entre les taux de blessure chez les Autochtones et la population générale de la Colombie-Britannique diminue-t-il? N° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Version mise à jour en novembre 2015. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015001/article/14131-fra.pdf.

(36) Leyland A, Smylie J, Cole M, *et al.* Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts [Internet]. Mississauga, le Collège des médecins de famille du Canada; 2016 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/_PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf.

(37) Newbold KB, Simone D. Comparing disability amongst immigrants and native-born in Canada. Soc Sci Med. 2015;145:53-62.

(38) Z Vang Z, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. [Internet]. Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail; 3(2) article 6; 2015. L'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé au Canada : Une revue systématique. Accessible à l'adresse : https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=pclc.

(39) Elwan A. [Internet]. Washington, DC: Social Protection Unit, Human Development Network, World Bank; 1999. Poverty and disability: A survey of the literature. Accessible à l'adresse : http://documents.worldbank.org/curated/en/488521468764667300/pdf/multi-page.pdf.

(40) Minkler M, Fuller-Thomson E, Guralnik JM. Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States. N Engl J Med. 2006;355(7):695-703.

(41) Business benefits of accessible workplaces. Ottawa: The Conference Board; 2014.

(42) Bibliothèque du Parlement. [Internet]. 2013. Les personnes handicapées sur le marché canadien de l'emploi : un bassin de talents méconnus. Accessible à l'adresse : https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2013-17-f.pdf.

INÉGALITÉS RELATIVES À L'OBÉSITÉ AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La prévalence de l'obésité chez les adultes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires correspond à deux fois la prévalence chez ceux qui ont une formation universitaire. Les femmes sans diplôme d'études secondaires présentent l'inégalité la plus grande : l'obésité est 2,2 fois plus répandue chez celles-ci que chez les diplômées universitaires. On retrouve ainsi 14,1 cas d'obésité en plus pour 100 personnes chez les femmes sans diplôme d'études secondaires.
- La prévalence de l'obésité chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et chez les Inuits correspond à 1,6 fois la prévalence chez les non-Autochtones. Cela représente respectivement 11,4 et 10,9 cas d'obésité de plus pour 100 personnes.
- La prévalence de l'obésité chez les personnes qui ont des incapacités fonctionnelles graves et modérées correspond respectivement à 1,6 et à 1,2 fois la prévalence chez les personnes qui n'ont pas d'incapacité. Cela représente 10,1 et 3,5 cas d'obésité de plus pour 100 personnes.
- Les femmes du groupe au revenu le plus faible ont une prévalence de l'obésité 1,6 fois plus élevée que les femmes qui se trouvent dans le groupe au revenu le plus élevé. Cela représente 7,2 cas d'obésité en plus pour 100 personnes chez les femmes de la catégorie de revenu le plus faible.
- La prévalence de l'obésité chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler correspond à 1,6 fois la prévalence chez les personnes qui avaient un emploi la semaine précédente. Cela représente 10,2 cas d'obésité en plus pour 100 personnes.
- L'obésité est moins répandue chez les immigrants que chez les non-immigrants, et elle est moins fréquente chez les immigrants récents que chez les immigrants de longue date. Avec une prévalence équivalant à 0,6 et à 0,7 fois celle des non-immigrants, les immigrants récents et de longue date comptent respectivement 8,6 et 6,2 cas d'obésité en moins pour 100 personnes que les non-immigrants.
- La prévalence de l'obésité chez les adultes canadiens asiatiques de l'Est et du Sud-Est équivaut à 0,25 fois la prévalence chez les adultes canadiens blancs. On dénombre ainsi 14,6 cas d'obésité en moins pour 100 personnes chez les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est.

ACRONYME	NOM COMPLET
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance
IMC	Indice de masse corporelle

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

L'obésité, soit l'accumulation excessive de graisse corporelle, est associée à une série de problèmes de santé, notamment le diabète de type 2, l'asthme, les troubles de la vésicule biliaire, l'arthrite, de nombreux cancers (colorectal, du sein, du rein, de l'ovaire, de l'endomètre et du pancréas) et les maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies coronariennes et l'insuffisance cardiaque congestive (1). Le fardeau économique de l'obésité est important.

Selon une étude sur 18 maladies chroniques associées à l'obésité, le coût estimatif pour l'économie canadienne était de 7,1 milliards de dollars en 2006 (2). De plus, le fardeau psychologique lié à l'obésité – en raison de la discrimination des personnes obèses, des stéréotypes et de la stigmatisation – entrave sa prise en charge efficace en santé publique (3,4).

D'après des mesures directes de la grandeur et du poids, les taux d'obésité ont presque doublé chez les adultes canadiens au cours des dernières décennies : près du quart (23,1 %) de la population était obèse en 2004, comparativement à 13,8 % en 1978-1979 (5). Des données autodéclarées plus récentes pour la grandeur et le poids, corrigées afin de tenir compte de la tendance des gens à exagérer leur grandeur et à réduire leur poids, révèlent que presque un adulte canadien sur quatre (24,8 %) était obèse en 2011-2012 (6).

L'obésité découle d'interactions complexes entre des facteurs individuels, environnementaux et structurels (3). Au niveau individuel, l'obésité est causée par la consommation soutenue d'une trop grande quantité de calories ou une dépense énergétique insuffisante (7). Toutefois, des facteurs économiques et sociaux plus généraux sont une cause d'obésité au niveau de la population. Ces facteurs incluent les politiques et les économies qui favorisent une croissance axée sur la consommation et qui entraînent une hausse de l'offre et de l'accessibilité d'aliments hautement transformés, caloriques et peu coûteux, ainsi qu'un marketing alimentaire omniprésent (8). Certains facteurs individuels et environnementaux viennent modérer la relation entre ces facteurs économiques et sociaux et l'obésité. Citons notamment les milieux environnements bâtis qui encouragent l'activité physique; les normes sociales, sexospécifiques et culturelles concernant les choix alimentaires, l'activité physique et la taille corporelle; et le sommeil (8-11). Les interactions entre ces facteurs peuvent mener à une répartition inégale de l'obésité dans la population.

L'obésité a été choisie en tant qu'indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

La prévalence de l'obésité au Canada a été calculée à l'aide des données sur la grandeur et le poids qui ont été déclarées par les participants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) entre 2010 et 2013. L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) de 30,0 kg/m^2 ou plus (calculé en divisant le poids d'une personne en kilogrammes par le carré de sa taille en mètre).

L'analyse portait exclusivement sur les répondants de l'ESCC âgés de 18 ans et plus. Les inégalités dans la prévalence de l'obésité ont été évaluées par l'examen des différences relatives à l'obésité en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Parmi les stratificateurs sociodémographiques se trouvent le sexe ou le genre, l'identité autochtone (Premières Nations, Inuits ou Métis), l'origine culturelle ou raciale, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle (18–59 ans)[33], la santé fonctionnelle et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession (18–75 ans) et la situation d'emploi (18–75 ans). Les données sur la prévalence ont été ajustées selon l'âge, en fonction des données du Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, de l'information comparable est obtenue par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010 pour les répondants de 18 ans et plus. Les données ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population de 2011.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (12). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités liées à l'obésité : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Toutefois, en raison des limites méthodologiques liées à la combinaison de deux ensembles de données (soit ceux de l'ESCC et de l'ERS), les résultats pour les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord n'ont pas été inclus dans le calcul des mesures de l'inégalité et sont rapportés ici en fonction de la prévalence seulement.

33. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Entre 2010 et 2013, 18,2 % (IC à 95 % : 18,0–18,5) des Canadiens âgés de 18 ans et plus étaient considérés comme obèses d'après leur grandeur et leur poids autodéclarés. Des inégalités significatives dans la prévalence de l'obésité ont été observées pour la plupart des facteurs de stratification sociale évalués, mis à part l'orientation sexuelle. Toutefois, des inégalités importantes et différentielles ont été relevées en fonction du revenu et de l'orientation sexuelle lorsque les données étaient stratifiées selon le sexe ou le genre (tableau 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence de l'obésité chez les hommes (19,4 %; IC à 95 % : 19,0–19,8 %) correspondait à 1,1 (IC à 95 % : 1,1–1,2) fois celle chez les femmes (17,0 %; IC à 95 % : 16,7–17,4 %) (annexe 1).

Si l'obésité touchait également les hommes et les femmes, il y aurait une réduction de 12,3 % (IC à 95 % : 9,7–14,9 %) des cas d'obésité chez les hommes, et une réduction de 6,6 % (IC à 95 % : 5,1–8,1 %) de la prévalence de l'obésité au Canada. Cette réduction se traduirait théoriquement par 319 590 (IC à 95 % : 246 660–392 520) cas d'obésité en moins dans la population générale du Canada.

Peuples autochtones

L'obésité avait une prévalence plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Elle atteignait 29,4 % (IC à 95 % : 27,1–31,7 %) chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, 25,7 % (IC à 95 % : 23,4–28,1 %) chez les adultes métis, 28,9 % (IC à 95 % : 23,0–34,8 %) chez les adultes inuits, et 18,0 % (IC à 95 % : 17,7–18,3 %) chez les adultes non autochtones. La prévalence de l'obésité chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve correspondait à 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,8) fois la prévalence chez les adultes non autochtones (figure 1).

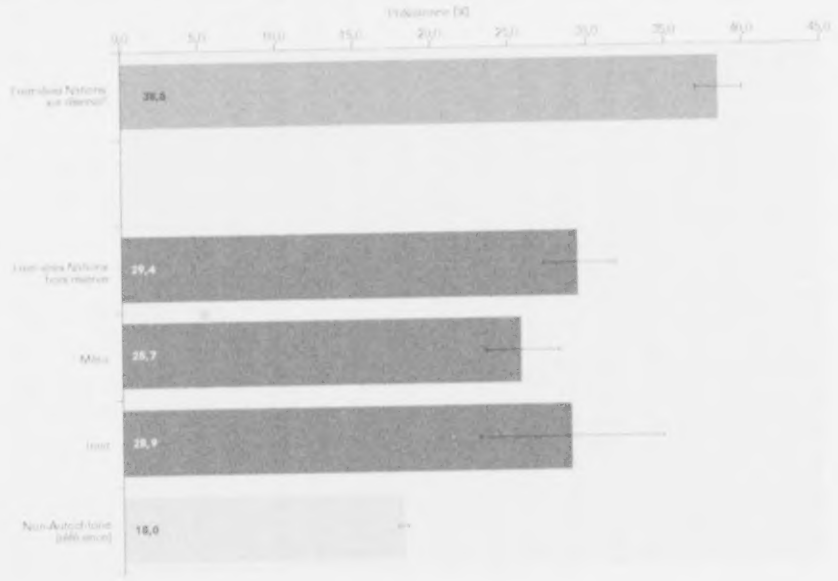
Si la prévalence de l'obésité chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve était aussi basse que chez les non-Autochtones, il y aurait une réduction de 38,7 % (IC à 95 % : 33,8–43,6 %) de la prévalence de l'obésité parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve. Cette réduction se traduirait potentiellement par 47 050 (IC à 95 % : 37 140–56 960) cas d'obésité en moins au Canada.

En 2008–2010, la prévalence de l'obésité chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord était de 38,5 % (IC à 95 % : 37,0–40,0)[34]. Même si l'écart n'est pas statistiquement significatif, la prévalence semble plus élevée chez les femmes que chez les hommes :

34. Les données de l'ERS sur la prévalence sont présentées parallèlement aux données de l'ESCC, afin de montrer l'ampleur approximative de l'inégalité entre, d'une part, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et, d'autre part, la population non autochtone. À cause des limites méthodologiques, les mesures de l'inégalité n'ont pas été calculées pour l'ensemble des données de l'ERS.

FIGURE 1

Obésité selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations (hors réserve)	1,6*	11,4*	38,7*	1,0*	0,2*	47 050*
Métis	1,4*	7,7*	30,0*	0,6*	0,1*	28 490*
Inuit	1,6*	10,9*	37,7*	0,1*	0,0*	2 870*
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013; Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008–2010

40,1 % (IC à 95 % : 38,4–41,9 %) contre 36,8 % (IC à 95 % : 34,8–38,8 %). Cette tendance apparente est contraire à celle observée dans la population générale du Canada.

Origine culturelle ou raciale

La prévalence de l'obésité chez les adultes asiatiques de l'Est et du Sud-Est correspondait à 0,25 (IC à 95 % : 0,21–0,30) fois la prévalence chez les adultes blancs, ce qui équivaut à 14,6 cas déclarés en moins pour 100 personnes. De même, une prévalence inférieure a été trouvée chez les adultes asiatiques du Sud (0,57 fois la prévalence chez les adultes blancs; IC à 95 % : 0,48–0,65) et les adultes arabes et asiatiques de l'Ouest (0,82 fois la prévalence chez les adultes blancs; IC à 95 % : 0,65–0,99) (figure 2, annexe 1).

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

Aucune inégalité n'a été trouvée dans la prévalence de l'obésité selon l'orientation sexuelle pour l'ensemble de la population. Toutefois, il y avait des inégalités selon l'orientation sexuelle lorsque les hommes et les femmes étaient considérés séparément. La prévalence de l'obésité était inférieure chez les hommes ayant indiqué être gais et correspondait à 0,7 (IC à 95 % : 0,5–0,9) fois la prévalence chez les hommes hétérosexuels. Il y avait ainsi 6,3 (IC à 95 % : 2,4–10,3) cas d'obésité en moins pour 100 hommes gais que pour 100 hommes hétérosexuels (annexe 1).

La prévalence de l'obésité chez les femmes ayant indiqué être lesbiennes correspondait à 1,4 (IC à 95 % : 1,1–1,6) fois la prévalence chez les femmes ayant dit être hétérosexuelles. Cela représente 5,9 (IC à 95 % : 1,5–10,3) cas d'obésité en moins pour 100 femmes lesbiennes que pour 100 femmes hétérosexuelles (annexe 1).

Santé fonctionnelle

La prévalence de l'obésité chez les personnes aux prises avec une incapacité modérée ou grave sur le plan de la santé fonctionnelle était de 26,3 % (IC à 95 % : 24,9–27,6 %) et de 19,7 % (IC à 95 % : 18,7–20,7 %), respectivement (figure 2).

Si la prévalence de l'obésité dans ces groupes était la même que chez les adultes sans incapacité, il y aurait 10,1 (IC à 95 % : 8,5–11,7) cas d'obésité en moins pour 100 personnes ayant une incapacité grave et 3,5 (IC à 95 % : 2,2–4,9) cas d'obésité en moins pour 100 personnes ayant une incapacité modérée (figure 3).

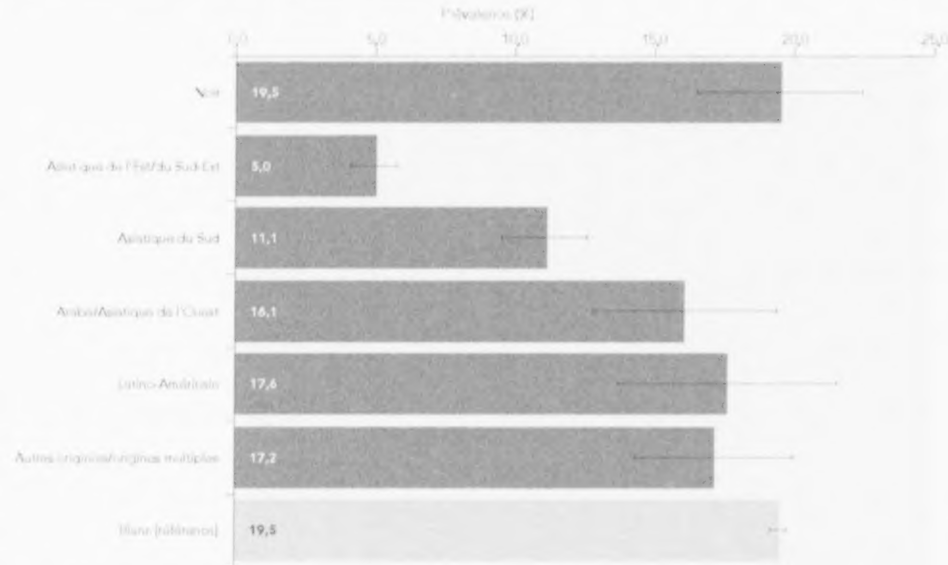
Si l'obésité touchait dans une même proportion les personnes aux prises avec une incapacité grave et les personnes sans incapacité, il y aurait une réduction de 38,4 % (IC à 95 % : 33,7–43,1 %) de la prévalence chez les personnes ayant une incapacité fonctionnelle grave. À l'échelle du Canada, cela correspondrait à une réduction de 7,1 % (IC à 95 % : 5,9–8,3 %) de la prévalence globale de l'obésité et à 344 960 (IC à 95 % : 288 820–401 090) cas d'obésité en moins (figure 3).

L'inégalité dans la prévalence de l'obésité chez les personnes atteintes d'incapacité sur le plan de la santé fonctionnelle était plus marquée chez les femmes. Chez les femmes aux prises avec une incapacité grave, la prévalence était 2,0 (IC à 95 % : 1,8–2,2) fois plus élevée que chez les femmes sans incapacité. En comparaison, la prévalence de l'obésité chez les hommes atteints d'incapacité grave correspondait à 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,6) fois la prévalence chez les hommes sans incapacité (figure 3).

Si la prévalence de l'obésité chez les personnes aux prises avec une incapacité grave sur le plan de la santé fonctionnelle était la même que pour les personnes sans incapacité fonctionnelle, la prévalence dans ce groupe baisserait de 38,4 %. Cette inégalité était plus prononcée chez les femmes, avec un potentiel de réduction de 49,6 % de la prévalence de l'obésité, contre 29,3 % chez les hommes.

FIGURE 2

Obésité selon l'origine culturelle ou raciale, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013

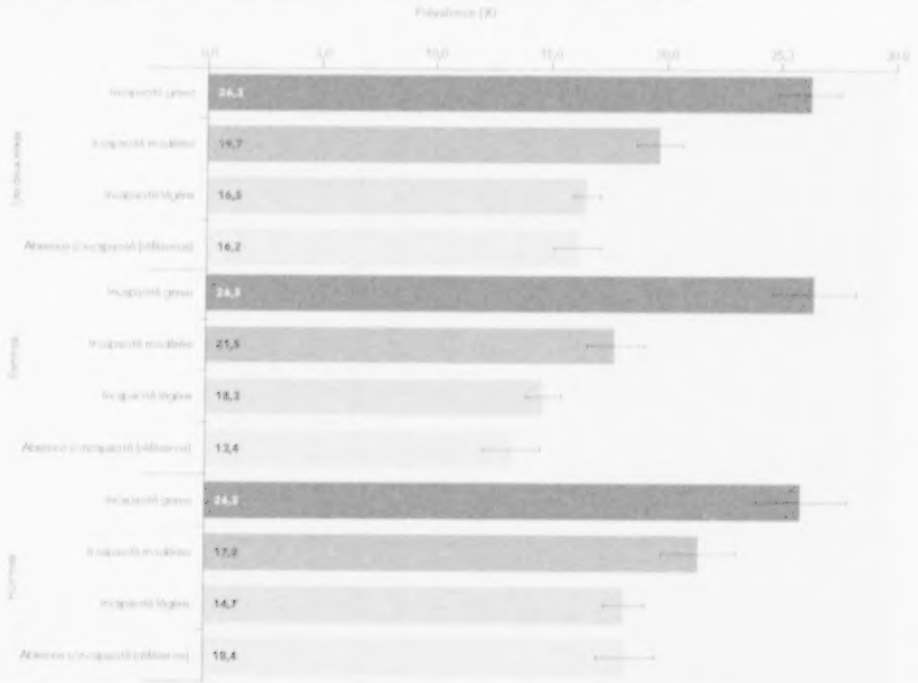


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Noir	1,0	−0,1	NA	NA	NA	NA
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	0,3*	−14,6*	NA	NA	NA	NA
Asiatique du Sud	0,6*	−8,4*	NA	NA	NA	NA
Arabe/Asiatique de l'Ouest	0,8*	−3,5*	NA	NA	NA	NA
Latino-Américain	0,9	−1,9	NA	NA	NA	NA
Autres origines/origines multiples	0,9	−2,4	NA	NA	NA	NA
Blanc [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle, 2010–2013

FIGURE 3

Obésité selon la santé fonctionnelle et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010 et 2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCES (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCES (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%))	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité grave	1,6*	10,1*	38,4*	7,1*	1,3*	344 960*
Incapacité modérée	1,2*	3,5*	17,9*	3,0*	0,6*	147 710*
Incapacité légère	1,0	0,4	2,1	0,9	0,2	43 110
Absence d'incapacité [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Incapacité grave	2,0*	13,1*	49,6*	11,2*	1,9*	251 000*
Incapacité modérée	1,3*	4,5*	25,2*	4,4*	0,7*	98 410*
Incapacité légère	1,1	1,4	9,4	3,9	0,6	86 700
Absence d'incapacité [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Incapacité grave	1,4*	7,6*	29,3*	4,4*	0,9*	115 530*
Incapacité modérée	1,2*	3,1*	14,6*	2,4*	0,5*	62 850*
Incapacité légère	1,0	−0,1	NA	NA	NA	NA
Absence d'incapacité [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Statut d'immigrant

La prévalence de l'obésité était de 11,6 % (IC à 95 % : 9,2–13,9 %) chez les immigrants récents (≤ 10 ans au Canada) et de 14,0 % (IC à 95 % : 13,2–14,8 %) chez les immigrants de longue date (> 10 ans au Canada). Ces proportions étaient nettement inférieures à la prévalence chez les non-immigrants, qui atteignait 20,2 % (IC à 95 % : 19,9–20,5 %). Le rapport entre la prévalence chez les immigrants récents et les non-immigrants était de 0,6 (IC à 95 % : 0,5–0,7). On dénombre ainsi 8,6 (IC à 95 % : 11,1 à 6,2) cas d'obésité en moins pour 100 personnes chez les immigrants récents que chez les non-immigrants (figure 4).

Revenu

La prévalence de l'obésité chez les adultes dans le quintile de revenu le plus faible était de 19,5 % (IC à 95 % : 18,7–20,3), ce qui correspondait à 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,2) fois la prévalence de l'obésité dans le quintile de revenu le plus élevé (16,9 %; IC à 95 % : 16,3–17,5).

Si la prévalence de l'obésité dans le quintile de revenu le plus faible était la même que dans le quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 13,2 % (IC à 95 % : 8,5–17,9 %) de la prévalence dans le quintile de revenu le plus faible. Cela se traduirait potentiellement par une réduction de 2,6 % (IC à 95 % : 1,6–3,7 %) de la prévalence globale de l'obésité au Canada, soit 127 720 (IC à 95 % : 78 350–177 100) Canadiens obèses en moins (figure 5).

Le gradient des inégalités relatives à la prévalence de l'obésité selon le revenu était particulièrement prononcé chez les femmes. Les femmes du quintile de revenu le plus faible avaient une prévalence de l'obésité correspondant à 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,7) fois celle des femmes du quintile de revenu le plus élevé. Ce gradient n'était pas présent chez les hommes, pour qui la prévalence de l'obésité était comparable entre les groupes de revenus les plus faibles et le groupe de revenu le plus élevé (figure 5).

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

La relation entre la prévalence de l'obésité et le niveau de scolarité était inverse. La prévalence de l'obésité chez les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires se situait à 24,9 % (IC à 95 % : 23,8–26,0 %), soit 2,0 (IC à 95 % : 1,8–2,1) fois la prévalence chez les diplômés universitaires (12,8 %; IC à 95 % : 12,2–13,3 %) (figure 6).

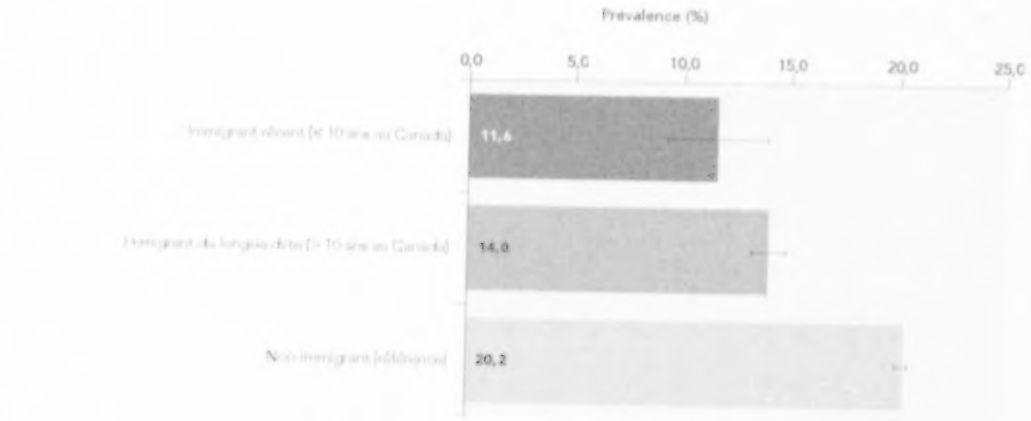
Si la prévalence de l'obésité était la même chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires et les diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 48,7 % (IC à 95 % : 45,4–52,0 %) de la prévalence chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Au niveau national, cela se traduirait par une réduction de 8,2 % (IC à 95 % : 7,3–9,0 %) et 396 570 (IC à 95 % : 354 800–438 330) cas d'obésité en moins.

Les inégalités dans la prévalence de l'obésité selon le niveau de scolarité étaient plus prononcées chez les femmes. La prévalence était 2,3 (IC à 95 % : 2,0–2,5) fois plus élevée chez les femmes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires que chez les diplômées universitaires. Inversement, les hommes sans diplôme d'études secondaires avaient une prévalence de l'obésité 1,7 (IC à 95 % : 1,5–1,8) fois supérieure à celle des diplômés universitaires de sexe masculin.

Si la prévalence de l'obésité chez les femmes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires était la même que chez les diplômées universitaires, la prévalence diminuerait de 10,1 % au Canada.

FIGURE 4

Obésité selon le statut d'immigrant, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013

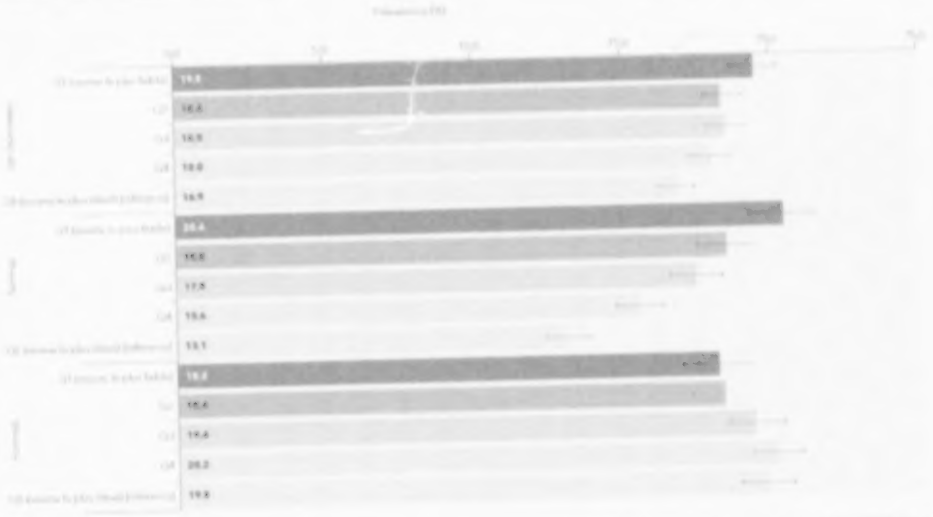


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,6*	−8,6*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,7*	−6,2*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Signifie statistiquement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Composante annuelle, 2010-2013

FIGURE 5

Obésité selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPR)
Q1 (revenu le plus faible)	1,2*	2,6*	13,2*	2,6*	0,5*	127 720*
Q2	1,1*	1,5*	8,3*	1,6*	0,3*	77 040*
Q3	1,1*	1,6*	8,8*	1,7*	0,3*	82 580*
Q4	1,1*	1,1*	6,2*	1,2*	0,2*	58 020*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,6*	7,2*	35,6*	9,2*	1,6*	208 540*
Q2	1,4*	5,4*	29,0*	6,3*	1,1*	144 390*
Q3	1,3*	4,4*	25,1*	4,8*	0,8*	110 210*
Q4	1,2*	2,5*	16,0*	2,7*	0,5*	61 110*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	0,9*	−1,6*	NA	NA	NA	NA
Q2	0,9*	−1,4	NA	NA	NA	NA
Q3	1,0	−0,3	NA	NA	NA	NA
Q4	1,0	0,4	1,9	0,4	0,1	10 340
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le dénombrement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Composantale annuelle, 2010–2013

FIGURE 6

Obésité selon le niveau de scolarité, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2013

	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	2,0*	12,1*	48,7*	8,2*	1,5*	396 570*
Diplôme de l'école secondaire	1,6*	7,6*	37,5*	7,0*	1,3*	340 280*
Études postsecondaires partielles	1,7*	8,7*	40,5*	2,7*	0,5*	132 650*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,5*	7,0*	35,3*	13,6*	2,6*	661 950*
Diplômé universitaire (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Signifie statistiquement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le dénombrement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Composante annuelle, 2010–2013

Situation d'emploi et profession

L'obésité était plus répandue chez les personnes ayant une incapacité permanente de travailler que dans toutes les autres catégories d'emploi. Dans ces autres catégories, la prévalence était plutôt homogène (18,4–19,6 %). La prévalence de l'obésité chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler atteignait 28,6 % (IC à 95 % : 25,8–31,4 %). Il s'agissait de 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,7) fois la prévalence chez les personnes qui avaient un emploi au cours de la semaine précédente (18,4 %; IC à 95 % : 18,1–18,8 %) (figure 7).

Si la prévalence était aussi basse pour les personnes ayant une incapacité permanente de travailler qu'elle l'était pour les personnes qui ont dit avoir un emploi au cours de la semaine précédente, il y aurait une réduction de 35,6 % (IC à 95 % : 29,3–41,8 %) des cas d'obésité chez les personnes ayant une incapacité permanente de travailler, ainsi qu'une réduction de 1,4 % (IC à 95 % : 1,1–1,8 %) de la prévalence globale, soit 67 510 (IC à 95 % : 49 080–85 940) cas d'obésité en moins chez les adultes canadiens.

Si l'on compare les différentes catégories d'emploi, les travailleurs semi-qualifiés ont déclaré la prévalence d'obésité la plus élevée, à savoir 20,5 % (IC à 95 % : 19,7–21,4 %). C'était 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,5) fois la prévalence chez les professionnels. Si la prévalence de l'obésité chez les travailleurs semi-qualifiés était la même que chez les professionnels, la prévalence globale de l'obésité au Canada diminuerait de 6,9 % (IC à 95 % : 5,7–8,1 %). La prévalence de l'obésité était similaire dans les autres catégories d'emploi (figure 7).

Même si l'obésité touchait dans des proportions égales les femmes occupant des postes de gestion et les professionnelles, chez les hommes occupant des postes de gestion, la prévalence était 1,4 (IC à 95 % : 1,2–1,5) fois plus élevée que chez les professionnels (annexe 1).

Résidence en milieu urbain ou rural

La prévalence de l'obésité était la plus basse chez les résidents des trois plus grandes villes du Canada, soit Montréal, Toronto et Vancouver[35], à 14,5 % (IC à 95 % : 13,9–15,0 %). Les personnes vivant en région éloignée affichaient la plus forte prévalence de l'obésité, laquelle était 1,3 (IC à 95 % : 1,3–1,4) fois plus élevée que dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (annexe 1).

Si la prévalence de l'obésité chez les personnes vivant en région éloignée était aussi basse que dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver), la prévalence diminuerait de 24,3 % (IC à 95 % : 21,3–27,3 %) dans les régions éloignées et de 2,0 % (IC à 95 % : 1,7–2,3 %) au Canada.

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les enquêtes en population qui se servent de mesures physiques directes pour déterminer la grandeur et le poids signalent des taux d'obésité plus élevés au Canada (6). Les données recueillies par l'ESCC sont autodéclarées, et la prévalence de l'obésité calculée à partir de ce type de données est généralement sous-estimée, parce que les gens ont tendance à exagérer leur grandeur et à réduire leur poids. Par exemple, selon les données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, qui comprennent des mesures directes de la grandeur et du poids, le taux d'obésité serait de 27 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes (13). En revanche, nos résultats indiquent que le taux d'obésité est de 19,4 % chez les hommes et de 17,0 % chez les femmes (18,2 % globalement). De plus, même si l'IMC est fortement corrélé au pourcentage de graisse corporelle et est un bon indice des risques pour la santé (14), il ne prend pas en compte les différences liées à la musculature ou à la masse osseuse de la personne, aux groupes culturels et au sexe ou au genre (1).

35. Pour la définition des sous-groupes ruraux/urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 7

Obésité selon la profession et la situation d'emploi, Canada, 18–75 ans, 2010–2013

PROFESSION	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Non qualifié	1,3*	4,3*	23,2*	1,8*	0,3*	75 360*
Semi-qualifié	1,4*	6,2*	30,2*	6,9*	1,3*	284 650*
Qualifié/ Technicien/ Superviseur	1,3*	4,5*	23,9*	6,5*	1,2*	269 790*
Gestionnaire	1,3*	3,8*	21,1*	1,7*	0,3*	70 320*
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
SITUATION D'EMPLOI						
Incapacité permanente de travailler	1,6*	10,2*	35,6*	1,4*	0,3*	67 510*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Les données du présent chapitre ne représentent que les adultes, bien que l'obésité chez les enfants soit également préoccupante au Canada.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (12), le calcul des valeurs *p* confirmerait l'existence de différences statistiquement significatives.

Les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène des groupes stratifiés. Par exemple, le regroupement selon l'origine culturelle ou raciale peut conduire à une surestimation ou à une sous-estimation de la prévalence, en raison de l'inclusion de groupes hétérogènes dans une même catégorie sociale (15). De plus, les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées n'ont pas été décrites dans la présente analyse.

Puisque les données présentées sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité. Par exemple, la prévalence de l'obésité était supérieure chez les adultes incapables de travailler. Il se pourrait que ces personnes courent un risque accru de devenir obèses. En revanche, il se pourrait aussi que l'obésité ait nui à leur capacité d'occuper un emploi. Notre analyse avait pour objet d'illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la prévalence de l'obésité dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Le fardeau disproportionné de l'obésité dans certains groupes découle d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels de la santé qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

Les mesures quantifient les inégalités qui touchent des personnes ou des populations définies par leur appartenance à des groupes socialement déterminés. Les inégalités qui découlent de l'expérience de personnes ou de collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici. La répartition inégale de l'obésité dans des groupes sociaux définis généralement n'est pas non plus explorée.

DISCUSSION

À 18,2 %, les adultes blancs affichaient la prévalence de l'obésité la plus élevée de tous les groupes culturels ou raciaux au Canada. En comparaison, la prévalence était particulièrement basse chez les Canadiens asiatiques de l'Est/du Sud-Est, à 5 %. Bien que la prévalence de l'obésité soit basse dans les populations qui ne sont pas blanches, une étude menée en Ontario sur l'évolution temporelle des facteurs de risque cardiovasculaire dans différents groupes ethniques a révélé des hausses de la prévalence de l'obésité dans des groupes où la prévalence est actuellement basse, notamment chez les hommes et les garçons chinois et noirs (16). De plus, certains groupes ethniques, tels les Asiatiques du Sud, risquent davantage de présenter des problèmes de santé liés à l'obésité à un IMC plus bas, en raison de différences dans la répartition de la graisse corporelle (17,18). Les inégalités relatives à l'obésité varient selon le groupe culturel ou racial aux États-Unis. Dans ce pays, près de la moitié des adultes noirs non hispaniques (48,4 %) étaient obèses; cela correspondait à 1,3 fois la prévalence de l'obésité chez les adultes blancs non hispaniques (36,4 %) (19). Cette relation était plus prononcée chez les femmes, la prévalence de l'obésité chez les Noires non hispaniques correspondant à 1,5 fois la prévalence chez les adultes blanches non hispaniques (19).

La prévalence de l'obésité était deux fois plus élevée chez les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires en comparaison des diplômés universitaires; cette inégalité était encore plus grande chez les femmes. Une association inverse entre le niveau de scolarité et l'obésité, également plus marquée chez les femmes, a été décrite par le passé (20). Au Royaume-Uni, 29,8 % des hommes et 33,0 % des femmes n'ayant pas de diplôme d'études étaient obèses, contre 20,6 % des hommes et 17,0 % des femmes ayant un diplôme universitaire ou l'équivalent (21). En Allemagne, une étude a montré que les hommes et les femmes qui n'avaient fait que des études primaires consommaient plus fréquemment des aliments sucrés et gras et moins de fruits et légumes que les diplômés universitaires

(22) Dans une autre étude, il a été démontré que le niveau de scolarité était associé positivement à la pratique d'activités physiques dans les temps libres (23).

Les Canadiens – en particulier les femmes – qui ont déclaré des déficiences fonctionnelles graves avaient également une prévalence de l'obésité plus élevée. De multiples facteurs contribuent à ces inégalités. En plus des déficiences elles-mêmes, les obstacles à l'activité physique incluent les normes sociales et comportementales qui entourent la pratique d'activités physiques par les personnes ayant une incapacité. Les caractéristiques de l'environnement bâti, telles l'accessibilité et la sécurité des installations récréatives dans la collectivité et les environs, jouent également un rôle essentiel (10,24-26). Quelques études semblent indiquer que l'activité physique liée à un emploi à temps plein pouvait abaisser le risque d'obésité dans certaines catégories d'emploi (27,28). Par contre, l'obésité augmente le risque de nombreuses maladies, dont l'arthrose et le diabète, qui haussent à leur tour la probabilité d'une incapacité fonctionnelle, ainsi que d'une incapacité permanente de travailler.

En comparaison des non-Autochtones, la prévalence de l'obésité était considérablement plus élevée chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis, les Inuits et les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord. Beaucoup de facteurs, dont les changements climatiques, les conditions de l'environnement, les circonstances historiques et la répartition des responsabilités entre les paliers de gouvernement ont eu des répercussions sur l'accès aux aliments traditionnels et sur les conditions qui favorisent une saine alimentation et l'activité physique (7,29) (encadré 1).

ENCADRÉ 1
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Les taux élevés d'obésité chez les membres des Premières Nations découlent directement des effets à long terme des politiques coloniales. Ces politiques ont coupé les liens avec le territoire et ont entravé la transmission de la culture d'une génération à l'autre (1). Par exemple, le système des pensionnats indiens, qui a servi à assimiler les enfants des Premières Nations dans la culture eurocanadienne dominante, a fait en sorte que des générations d'enfants des Premières Nations ont été retirées de force de leur famille et ont été élevées dans des écoles sous-financées, où les installations étaient inadéquates et le personnel, mal formé (30). Ces écoles n'étaient pas en mesure d'offrir l'éducation et les habiletés essentielles (comme la littératie en santé) qui auraient pu constituer des facteurs de protection contre l'obésité. La malnutrition, la faim et la maltraitance, y compris la privation de nourriture, étaient également très répandues dans les écoles, ce qui a nui au développement psychologique et physique des enfants (31). Les effets à long terme de la malnutrition et de la faim d'une génération à l'autre ont entraîné des changements métaboliques qui, aujourd'hui encore, prédisposent les membres des Premières Nations à l'obésité (32). Ces effets ont été amplifiés, car beaucoup de collectivités des Premières Nations ont été isolées et privées de leurs sources traditionnelles de subsistance économique par la construction de réserves administrées par le gouvernement et l'urbanisation des terres ancestrales (29). Les contaminants et la dégradation de l'environnement (attribuables notamment aux industries forestières et minières), ainsi que la restriction de la mobilité ont réduit la capacité des membres des Premières Nations d'accéder aux aliments nutritifs prélevés dans la nature. Ils n'ont pas pu maintenir leurs modes de vie actifs traditionnels, qui incluaient la migration pour la chasse, la pêche, les rassemblements et le commerce (33). L'offre croissante d'aliments occidentaux à teneur élevée en énergie et en sucre dans les épiceries, de même que le coût du transport d'aliments frais et nutritifs jusqu'aux secteurs éloignés, rendent la population des Premières Nations d'autant plus sujette à l'obésité (33,34).

Ailleurs dans le monde, l'obésité touche également de manière inégale les collectivités autochtones et non autochtones. En Australie, les taux d'obésité chez les Autochtones et les habitants des îles du détroit de Torres correspondent à 1,5 fois ceux des non-Autochtones (35). Les Autochtones de la Nouvelle-Zélande affichent aussi des taux élevés d'obésité : 66 % des adultes originaires du Pacifique et 47 % des adultes maoris étaient obèses, par rapport à une moyenne de 31 % de la population globale (36).

Il se pourrait que les seuils de l'IMC définis pour l'ensemble de la population soient inappropriés chez les Inuits. Cela soulève des doutes quant à la pertinence d'appliquer les critères universels de l'obésité dans cette population. Des recherches plus poussées permettraient de définir les répercussions d'une hausse des seuils sur la santé publique (37).

Les femmes du quintile de revenu le plus faible affichaient une prévalence de l'obésité supérieure par rapport aux femmes du quintile de revenu le plus élevé. Des études canadiennes ont fait ressortir des associations entre la défavorisation du voisinage, l'environnement alimentaire et l'obésité. Les secteurs défavorisés tendent à avoir une plus forte densité de sources d'aliments malsains, comme la restauration rapide, et un risque accru d'obésité (38-40). Ces secteurs peuvent aussi être dépourvus de certaines caractéristiques de l'environnement bâti, notamment la connectivité des rues, la sécurité, les espaces verts et la proximité d'installations de loisirs (41-43), dont l'absence est associée à de faibles niveaux observés d'activité physique (42). Un tel gradient des inégalités relatives à l'obésité en fonction du revenu a été constaté au Royaume-Uni (21) et aux États-Unis. (44). Par exemple, aux États-Unis, la prévalence de l'obésité atteignait 33,8 % chez les personnes vivant dans un ménage dont le revenu était inférieur à 15000 $ par année; cependant, seulement le quart (24,6 %) des personnes qui vivaient dans un ménage gagnant 50000 $ ou plus par année étaient obèses (44).

Cette répartition de l'inégalité selon le revenu n'a pas été observée chez les hommes au Canada. La prévalence de l'obésité était similaire dans les groupes d'hommes à faible revenu et à revenu élevé. Toutefois, une étude a montré que les hommes ayant un revenu élevé étaient plus nombreux à passer du temps au travail, à faire la navette et à manger au restaurant, et qu'ils dormaient en général moins d'heures que les hommes ayant un faible revenu. Les comportements sédentaires, un apport élevé en calories et les processus biologiques associés au manque de sommeil peuvent tous favoriser la prise de poids (23).

La relation complexe entre la catégorie professionnelle et l'activité physique peut expliquer en partie les inégalités relatives à l'obésité entre les catégories d'emploi (45). La catégorie d'emploi était associée directement à l'activité physique pendant les périodes de loisirs, mais elle était inversement liée à l'activité totale (45). Par exemple, les comportements sédentaires au travail (p. ex. être assis) étaient plus répandus chez les employés de bureau et les professionnels que chez les ouvriers dont le poste exigeait, par exemple, un travail manuel. Beaucoup d'autres facteurs liés à l'emploi, tels que le stress au travail, les heures de travail et les heures supplémentaires, influencent cette relation.

Les immigrants récents (≤ 10 ans) au Canada avaient des taux d'obésité inférieurs par rapport aux non-immigrants. En outre, la proportion d'obèses était beaucoup plus faible chez les nouveaux immigrants que chez les Canadiens de naissance (46). L'état de santé des immigrants récents est généralement meilleur que celui des personnes nées au Canada (ce qui reflète l'effet de l'« immigrant en santé »); toutefois, cet avantage sur le plan de la santé tend à s'estomper à mesure que le nombre d'années de résidence au Canada augmente (47). Un examen exploratoire de l'acculturation et de la santé nutritionnelle des immigrants au Canada a révélé une corrélation positive entre le temps écoulé depuis l'immigration et l'IMC – l'obésité devenait plus répandue chez les immigrants à mesure que le temps passé au Canada augmentait (46).

L'obésité est fortement associée à une morbidité et à une mortalité supérieures à la suite de maladies telles que le diabète de type 2, l'asthme, les troubles de la vésicule biliaire, l'arthrite, de nombreux cancers, les maladies cardiovasculaires et la dépression. Bien qu'elle soit moins répandue dans certains groupes de la population, entre autres les immigrants et les minorités culturelles ou raciales indiquées, la prévalence de l'obésité a augmenté au Canada au cours des dernières décennies. Plusieurs stratificateurs sociaux révèlent également des inégalités relatives à l'obésité, dont la santé fonctionnelle, la situation d'emploi, la profession, le revenu, le niveau de scolarité et l'identité autochtone. Il existe aussi un gradient socioéconomique de l'obésité : généralement, les taux montent à mesure que les niveaux de revenu diminuent chez les femmes et à mesure que les niveaux de scolarité diminuent pour les deux sexes. On recense un certain nombre de facteurs de risque individuels, dont l'âge, l'alimentation, le tabagisme et l'inactivité physique; toutefois, les conditions sociales et environnementales globales jouent grandement sur les taux d'obésité (1). Ces conditions comprennent le revenu, la scolarité, la sécurité alimentaire et l'environnement bâti.

La mesure systématique des inégalités relatives à l'obésité chez les adultes canadiens aidera à éclairer et à renforcer les interventions destinées à réduire les différences observées et les impacts connexes. Toutefois, pour s'attaquer véritablement à ces inégalités, il faudra des interventions stratégiques qui ont des répercussions plus larges sur différents plans, notamment : l'offre et l'accessibilité des aliments peu coûteux, hautement caloriques et très transformés, et le marketing alimentaire (8); les normes sociales, culturelles et relatives au genre; l'environnement bâti (8-11). La surveillance continue des inégalités en santé dans les différents groupes sociodémographiques et socioéconomiques aidera à comprendre les inégalités liées à l'obésité, à détecter les changements au fil du temps et à éclairer les programmes, les politiques et la recherche. De telles démarches faciliteront aussi les interventions axées sur les déterminants plus généraux de l'obésité.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'obésité autodéclarée.
Source des données : ESCC 2010–2013

Références

(1) Hodgson C, Corscadden L, Taylor A. Obésité au Canada : rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). 2011; 70.

(2) Anis AH, Zhang W, Bansback N, Guh D, Amarsi Z, Birmingham C. Obesity and overweight in Canada: an updated cost of illness study. Obesity Reviews. 2010 Jan;11(1):31-40.

(3) Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. Am J Public Health. 2010;100(6):1019-28.

(4) Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. Health Educ Res. 2007;23(2):347-58.

(5) Tjepkema M. Obésité chez les adultes. Rapports sur la santé JID - 9012854 0105.

(6) Navaneelan T, Janz T. Ajuster l'aiguille de la balance : l'obésité dans la population canadienne après correction pour tenir compte du biais des répondants. Statistique Canada; 2014.

(7) Willows ND. Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: the current state of knowledge and research gaps. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique. 2005 :S32-6.

(8) Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, *et al.* The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. The Lancet. 2011;378(9793):804-14.

(9) Raine KD. Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population. Institut canadien d'information sur la santé Ottawa; 2004.

(10) Ball K, Carver A, Downing K, Jackson M, O'Rourke K. Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. Health Promot Int. 2015 Sep;30(2):ii18-9.

(11) Giles-Corti B, Macintyre S, Clarkson JP, Pikora T, Donovan RJ. Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. American Journal of Health Promotion. 2003;18(1):93-102.

(12) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(13) Statistique Canada. [Internet]. Composition corporelle des adultes, 2012 à 2013 [Internet]. N° 82-625-X2014001 au catalogue [mise à jour le 27 novembre 2015; page consultée le 22 novembre 2017]; [environ huit écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14104-fra.htm.

(14) Santé Canada. Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes (Catalogue H49-179). Ottawa, Santé Canada; 2003 [page consultée le 22 novembre 2017].

(15) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé. Printemps 1996; 7 N° 82-003(4) au catalogue : 37-50.

(16) Chiu M, Maclagan L, Tu J, Shah B. Temporal trends in cardiovascular disease risk factors among white, South Asian, Chinese and black groups in Ontario, Canada, 2001 to 2012: a population-based study. BMJ Open. 2015 Aug;5(8).

(17) Kohli S, Sniderman AD, Tchernof A, Lear SA. Ethnic specific differences in abdominal subcutaneous adipose tissue compartments. Obesity. 2010;18(11):2177-83.

(18) Rao G, Powell-Wiley TM, Ancheta I, Hairston K, Kirley K, Lear SA, *et al.* Identification of obesity and cardiovascular risk in ethnically and racially diverse populations: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015 Aug 4;132(5):457-72.

(19) Flegal KM, Kruszon-Moran D, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. JAMA. 2016;315(21):2284-91.

(20) Cohen AK, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: a systematic review. Obesity Review. 2013 Jul;14(12):989-1005.

(21) Public Health England. [Internet]. Adult obesity and socioeconomic status data factsheet [mise à jour en 2014, page consultée le 1er décembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.noo.org.uk/secure-files/161201_2010//AdultSocioeconomic_Aug2014_v2.pdf.

(22) Finger JD, Tylleskär T, Lampert T, Mensink GB. Dietary behaviour and socioeconomic position: the role of physical activity patterns. PloS one. 2013;8(11):e78390.

(23) McLaren L, Godley J, MacNairn IA. Classe sociale, sexe et emploi du temps : incidences sur les déterminants sociaux du poids corporel? Rapports sur la santé. 2009; 20(4) : 71.

(24) Kirchner CE, Gerber EG, Smith BC. Designed to deter: community barriers to physical activity for people with visual or motor impairments. Am J Prev Med. 2008;34(4):349-52.

(25) Rimmer JH, Riley B, Wang E, Rauworth A, Jurkowski J. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. Am J Prev Med. 2004;26(5):419-25.

(26) Rosenberg DE, Huang DL, Simonovich SD, Belza B. Outdoor built environment barriers and facilitators to activity among mid-life and older adults with mobility disabilities. Gerontologist. 2012;53(2):268-79.

(27) Tigbe WW, Lean ME, Granat MH. A physically active occupation does not result in compensatory inactivity during out-of-work hours. Prev Med. 2011;53(1):48-52.

(28) Csizmadi I, Lo Siou G, Friedenreich C, Owen N, Robson P. Hours spent and energy expended in physical activity domains: results from The Tomorrow Project cohort in Alberta, Canada. Int J Behav Mutr Phys Act. 2011 Oct:8-110.

(29) Earle L. La santé et les régimes alimentaires traditionnels autochtones. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone / National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2011.

(30) Boksa P, Joober R, Kirmayer LJ. Mental wellness in Canada's Aboriginal communities: striving toward reconciliation. J Psychiatry Neurosci. 2015 Nov;40(6):363-5.

(31) Mosby I, Galloway T. 'The abiding condition was hunger': assessing the long-term biological and health effects of malnutrition and hunger in Canada's residential schools. British Journal of Canadian Studies. 2017;30(2):147-62.

(32) Mosby I, Galloway T. "Hunger was never absent": How residential school diets shaped current patterns of diabetes among Indigenous peoples in Canada. Can Med Assoc J. 2017;189(32):E1043-5.

(33) Fiddler T. Food security in a northern First Nations community: an exploratory study on food availability and accessibility. International Journal of Indigenous Health. 2012;8(2):5.

(34) Kolahdooz F, Sadeghirad B, Corriveau A, Sharma S. Prevalence of overweight and obesity among indigenous populations in Canada: A systematic review and meta-analysis. Crit Rev Food Sci Nutr. 2017;57(7):1316-27.

(35) Australian National Preventive Health Agency. Evidence brief: obesity prevalence trends in Australia [Internet]. Canberra : Commonwealth of Australia; 2014 [page consultée le 15 décembre 2016]. Accessible à l'adresse : http://sydney.edu.au/medicine/research/units/boden/ANPHA%20Obesity%20Prevalence%20Trends.pdf.

(36) New Zealand Ministry of Health. Annual update of key results 2014/15: New Zealand Health Survey. Wellington: Ministry of Health; 2015 [page consultée le 22 novembre 2017].

(37) Young TK, Bjerregaard P, Dewailly E, Risica PM, Jørgensen ME, Ebbesson SE. Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar Inuit in 3 countries. Am J Public Health. 2007;97(4):691-5.

(38) Smoyer-Tomic KE, Spence JC, Raine KD, Amrhein C, Cameron N, Yasenovskiy V, *et al.* The association between neighborhood socioeconomic status and exposure to supermarkets and fast food outlets. Health Place. 2008;14(4):740-54.

(39) Spence JC, Cutumisu N, Edwards J, Raine KD, Smoyer-Tomic K. Relation between local food environments and obesity among adults. BMC Public Health. 2009;9(1):192.

(40) Polsky JY, Moineddin R, Glazier RH, Dunn JR, Booth GL. Foodscapes of southern Ontario: Neighbourhood deprivation and access to healthy and unhealthy food retail. Can J Public Health. 2014;105(5):e369-75.

(41) Parks SE, Housemann RA, Brownson RC. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. J Epidemiol Community Health. 2003 Jan;57(1):29-35.

(42) Turrell G, Haynes M, Wilson L, Giles-Corti B. Can the built environment reduce health inequalities? A study of neighbourhood socioeconomic disadvantage and walking for transport. Health Place. 2013;19:89-98.

(43) Estabrooks PA, Lee RE, Gyurcsik NC. Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighborhood socioeconomic status? Annals of behavioral medicine. 2003;25(2):100-4.

(44) Levi J, Segal LM, St Laurent R, Lang A, Rayburn J. F as in fat: how obesity threatens America's future 2012. 2012.

(45) Kirk MA, Rhodes RE. Occupation correlates of adults' participation in leisure-time physical activity: a systematic review. Am J Prev Med. 2011;40(4):476-85.

(46) Sanou D, O'Reilly E, Ngnie-Teta I, Batal M, Mondain N, Andrew C, *et al.* Acculturation and nutritional health of immigrants in Canada: a scoping review. Journal of Immigrant and Minority Health. 2014;16(1):24-34.

(47) Ng E. Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité. Rapports sur la santé. 2011; 22(4) : 25.

INÉGALITÉS RELATIVES À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE AU CANADA : INCAPACITÉ DE MÂCHER

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- L'incapacité de mâcher est 3,9 fois plus fréquente chez les Canadiens qui ont une incapacité permanente de travailler que chez les Canadiens qui ont un emploi. Cela signifie qu'il y a 14,6 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les Canadiens qui ont une incapacité permanente de travailler que chez ceux qui occupent actuellement un emploi.
- La prévalence d'incapacité de mâcher est 3,3 fois plus élevée chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus bas que chez ceux qui se situent dans le groupe au revenu le plus élevé. Cela correspond à 9,2 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les Canadiens qui se situent dans le groupe au revenu le plus bas par rapport à ceux qui se situent dans le groupe au revenu le plus élevé.
- La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les adultes qui ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires est 2,9 fois plus élevée que chez les diplômés universitaires. Cela correspond à 8,3 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires que chez les diplômés universitaires.
- La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les adultes qui sont souvent limités dans leurs activités est 2,2 fois plus élevée que celle des adultes qui ne sont pas limités. Cela correspond à 6,9 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les adultes qui sont souvent limités dans leurs activités que chez ceux qui ne sont pas limités.
- La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les travailleurs non qualifiés est 2,3 fois plus élevée que chez les professionnels. Cela signifie qu'il y a 4,0 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les travailleurs non qualifiés que chez les professionnels.
- La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis est respectivement 1,7 et 1,5 fois plus élevée que chez les non-Autochtones. Cela correspond à respectivement 5,0 et 3,7 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis que chez les non-Autochtones.

ACRONYME	NOM COMPLET
ECMS	Enquête canadienne sur les mesures de la santé
ESBPN	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

La santé buccodentaire désigne la santé des dents et des gencives ainsi que des tissus et des structures qui y sont associés. Selon l'Association dentaire canadienne, une bonne santé buccodentaire « contribue à votre mieux-être physique, mental et social ainsi qu'à la jouissance des possibilités de la vie. Elle vous permet de vous exprimer, de vous nourrir et de socialiser sans que vous gênent la douleur, les inconforts ou les malaises » (1).

Selon l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) 2007–2009, 96 % des adultes canadiens ont des antécédents de carie dentaire, 21 % ont déjà eu un problème parodontal (gencive) modéré à grave, et 12 % déclarent être incapables de manger certains aliments en raison de problèmes de santé buccodentaire (2). En plus d'être une importante issue de santé en soi, la mauvaise santé buccodentaire est associée à d'autres problèmes de santé comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et la démence, qui ont tous un effet sur le taux d'incidence et la gravité de la maladie (3). La productivité et le mieux-être social sont également touchés, car la mauvaise santé buccodentaire et la carie peuvent entraîner une réduction de l'employabilité et mener à l'isolement social (3). Les facteurs de risque liés à la mauvaise santé buccodentaire, comme une mauvaise alimentation, le tabagisme et une mauvaise hygiène buccodentaire, interagissent avec des déterminants en amont, notamment le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la sécurité alimentaire, la fluoration de l'eau et l'accès aux soins dentaires (4).

La majorité des soins dentaires au Canada sont payés par les régimes d'assurance des employeurs, les assurances privées ou les personnes. En 2012, les Canadiens ont dépensé 11,7 milliards de dollars en soins dentaires privés, alors que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont dépensé 799 millions de dollars en services de soins dentaires par l'entremise de programmes financés par les fonds publics (5). Au total, les soins dentaires représentent plus de 6 % de toutes les dépenses en santé (6).

La réduction de la capacité de mâcher est étroitement liée à la qualité de vie, à la perte des dents, à l'état nutritionnel et aux issues de santé en général (7–11). Bien qu'un certain nombre de paramètres existent pour évaluer la mauvaise santé buccodentaire (p. ex. douleur dentaire, indice « dents cariées, manquantes ou obturées », ne pas avoir vu un professionnel des soins dentaires au cours des 12 derniers mois), le présent chapitre est axé sur l'incapacité de mâcher comme indicateur des inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur l'incapacité de mâcher et les stratificateurs proviennent principalement de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007 à 2008. Les répondants de l'ESCC étaient définis comme ayant une incapacité de mâcher s'ils répondaient « non » à l'une des questions suivantes : « Pouvez-vous mâcher des aliments fermes (p. ex. de la viande)? » ou « Pouvez-vous croquer dans une pomme fraîche et en mâcher un morceau? ».

L'analyse de l'incapacité de mâcher concernait des gens de 18 ans et plus. La prévalence des inégalités en santé buccodentaire a été évaluée en mesurant les différences dans l'incapacité de mâcher en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les facteurs sociodémographiques comprennent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine culturelle ou raciale, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle[36] (18–59 ans), la limite à la participation et aux activités, et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques comprennent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession (18–75 ans) et la situation d'emploi (18–75 ans). Les données sur la prévalence ont été ajustées selon l'âge, en fonction du Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. Pour obtenir des renseignements sur la santé buccodentaire des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, voir l'encadré 1.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant des intervalles de confiance à 95 % (12).

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'importance et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

36. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

CONSTATS

La prévalence globale de l'incapacité de mâcher autodéclarée chez les Canadiens de 18 ans et plus était de 7,6 % (IC à 95 % : 7,3–7,8 %). Des inégalités relatives à l'incapacité de mâcher ont été relevées pour tous les stratificateurs sociaux à l'exception du statut d'immigrant et de l'orientation sexuelle. Des inégalités différentielles ont été observées par rapport à la profession lorsque les données étaient stratifiées par sexe ou genre (annexe 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

À 8,2 % (IC à 95 % : 7,3–7,8 %), la prévalence de l'incapacité de mâcher chez les femmes était 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) fois plus élevée que chez les hommes (6,8 %; IC à 95 % : 6,4–7,2 %) (annexe 1). Si cette prévalence était la même pour les hommes et les femmes, la prévalence de l'incapacité de mâcher des femmes diminuerait de 17,5 % (IC à 95 % : 12,3–22,7 %), et le nombre des personnes incapables de mâcher diminuerait de 188 300 (95 % IC : 127 270–249 330) au Canada.

Peuples autochtones

Les inégalités relatives à l'incapacité de mâcher diffèrent selon le groupe d'identité autochtone. La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et des adultes métis était respectivement 1,7 (IC à 95 % : 1,4–1,9) et 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,8) fois plus élevée que celle des adultes non autochtones. Cela correspond à 5,0 (IC à 95 % : 2,9–7,0) et 4,0 (IC à 95 % : 1,4–6,0) cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes chez les membres des Premières Nations et les Métis, respectivement (figure 1).

Bien que la prévalence de l'incapacité de mâcher chez les adultes inuits fût 40 % plus élevée que chez les adultes non autochtones, la différence n'était pas statistiquement significative. L'incapacité de mâcher chez les femmes inuites était 2,1 (IC à 95 % : 1,3–3,0) fois plus élevée que chez les femmes non autochtones. Pour obtenir des renseignements sur les inégalités en santé buccodentaire chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, voir l'encadré 1.

Origine culturelle ou raciale

Les Canadiens asiatiques de l'Est et du Sud-Est et du Sud ont déclaré une prévalence de l'incapacité de mâcher qui était respectivement 1,4 (IC à 95 % : 1,2–1,6) et 1,4 (IC à 95 % : 1,1–1,7) fois plus élevée que celle des Canadiens blancs. Si la prévalence de l'incapacité de mâcher des Asiatiques de l'Est et du Sud-Est était aussi faible que celle des Canadiens blancs, la prévalence chez les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est diminuerait de 27,6 % (IC à 95 % : 16,3–38,9 %). Par conséquent, il y aurait 42 510 (IC à 95 % : 18 860–66 170) Canadiens de moins déclarant une incapacité de mâcher.

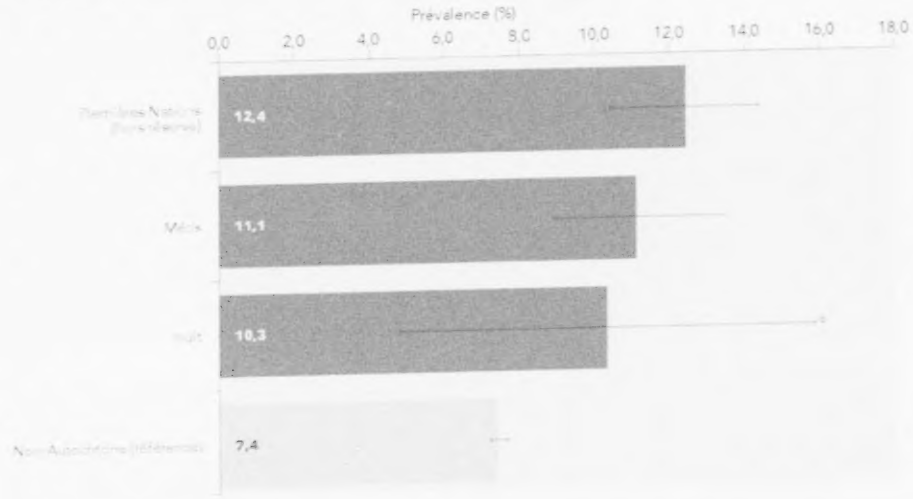
Chez les autres groupes d'identité culturelle ou raciale, les constatations n'étaient pas différentes de celles des Canadiens blancs.

Limite à la participation et aux activités

Les limites à la participation et aux activités étaient directement liées à l'incapacité de mâcher, avec une prévalence qui diminuait lorsque les limites diminuaient. Chez les personnes qui avaient fréquemment des limites d'activités, la prévalence d'incapacité de mâcher était 2,2 (IC à 95 % : 2,0–2,4) fois plus élevée que chez les personnes qui n'étaient pas limitées. Cela représente environ 7 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes (IC à 95 % : 6,1–7,7) chez les personnes qui étaient souvent limitées (figure 2).

FIGURE 1

Incapacité de mâcher selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2007–2008



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations (hors réserve)	1,7*	5,0*	40,0*	1,0*	0,1*	18 660*
Métis	1,5*	3,7*	33,2*	0,7*	0,1*	13 160*
Inuit	1,4[E]	2,9[E]	28,1[E]	0,0[E]	0,0[E]	780[E]
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2007–2008

ENCADRÉ 1
DONNÉES SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET DANS LES COLLECTIVITÉS DU NORD

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Les renseignements sur la santé buccodentaire des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord ont été obtenus par l'entremise de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Premières Nations (ESBPN) 2009–2010, menée par l'équipe de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations en coordination avec le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (un comité permanent du Comité des chefs sur la santé à l'Assemblée des Premières Nations), 10 organismes régionaux des Premières Nations et le Bureau du dentiste en chef de Santé Canada. L'ESBPN visait à déterminer l'état de la santé buccodentaire, au moyen de mesures autodéclarées et cliniques, d'un échantillon représentatif de membres des Premières Nations vivant dans un total de huit collectivités éloignées et non éloignées du Canada. Les issues de santé buccodentaire autodéclarée des participants à l'ESBPN peuvent être comparées à ceux des participants au volet de santé buccodentaire de l'ECMS de 2007–2009, car ces deux enquêtes nationales s'appuient sur le même protocole standardisé élaboré pour l'ECMS. Cependant, en raison de restrictions liées à la taille de l'échantillon de l'ESBPN, les résultats de celle-ci et de l'ECMS présentés dans ce chapitre sont fondés sur des groupes d'âge différents. Toutes les estimations de l'ESBPN ont été pondérées d'après la population inscrite des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord (13).

Selon l'ESBPN, 39,9 % des membres des Premières Nations de 12 ans et plus vivant dans les réserves et les collectivités du Nord ont déclaré avoir une santé buccodentaire acceptable ou mauvaise. En revanche, 15,1 % des personnes non autochtones de 6 à 79 ans ont déclaré avoir une santé buccodentaire acceptable ou mauvaise dans l'ECMS 2007–2009 (à noter, cependant, les différents groupes d'âge utilisés par l'ESBPN et l'ECMS, ce qui affecte la comparabilité de ces résultats). De même, plus de 3 fois plus de membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord (39,7 %) que de personnes non autochtones (11,9 %) ont déclaré avoir évité certains aliments au cours des 12 mois précédents en raison de problèmes liés à leur bouche. En outre, comparativement à 11,1 % des personnes non autochtones, 33,4 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord avaient éprouvé de la douleur chronique à la bouche au cours des 12 mois précédents.

Ces résultats indiquent que la santé buccodentaire perçue est moins bonne chez les Premières Nations. De plus, l'évitement de certains aliments et le problème de la douleur buccodentaire chronique semblent indiquer des effets néfastes plus importants sur la qualité de vie des membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les collectivités du Nord que sur celle des personnes non autochtones au Canada (13).

Si la prévalence de l'incapacité de mâcher des personnes qui avaient souvent des limites d'activités était aussi faible que celle des personnes qui n'en avaient pas, il y aurait une réduction de 54,5 % (IC à 95 % : 51,1 à 57,9 %) de la prévalence de l'incapacité de mâcher chez les gens ayant souvent des limites d'activités. Cela se traduirait par une réduction de 12,9 % (IC à 95 % : 11,4–14,4 %) de la prévalence globale de l'incapacité de mâcher à l'échelle nationale, et une baisse potentielle de 236 710 (IC à 95 % : 209 280 à 264 140) du nombre de Canadiens déclarant une incapacité de mâcher.

Revenu

La prévalence de l'incapacité de mâcher diminuait lorsque le revenu augmentait, et ce déclin suivait un gradient bien défini. La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les personnes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas était de 13,1 % (IC à 95 % : 12,3–13,9 %), ce qui est 3,3 (IC à 95 % : 2,8–3,8) fois plus élevé que chez les personnes se situant dans le quintile de revenu le plus élevé. Cela représente 9 cas d'incapacité de mâcher de plus pour 100 personnes dans le quintile de revenu le plus bas (IC à 95 % : 8,2–10,2) (figure 3).

Si la prévalence de l'incapacité de mâcher chez les personnes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas était aussi faible que celle des personnes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé, on constaterait une réduction de 70,1 % (IC à 95 % : 65,6–74,6 %) de la prévalence chez les personnes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas et une réduction globale de 20,7 % (IC à 95 % : 18,5–22,9 %) au Canada. Ainsi, 385 670 (IC à 95 % : 343 210–428 140) Canadiens de moins déclareraient une incapacité de mâcher.

> Si la prévalence de l'incapacité de mâcher chez tous les adultes était la même que chez les personnes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé, 723 030 Canadiens de moins seraient incapables de mâcher.

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

Les adultes canadiens ayant un niveau de scolarité moins élevé étaient beaucoup plus touchés par l'incapacité de mâcher. Chez les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires, la prévalence était 2,9 (IC à 95 % : 2,5–3,2) fois plus élevée que chez les diplômés universitaires, une différence qui représente 8 cas d'incapacité de mâcher pour 100 personnes (IC à 95 % : 8,2–10,2) (figure 4).

Si la prévalence de l'incapacité de mâcher chez les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires était aussi faible que chez les diplômés universitaires, la prévalence chez les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires diminuerait de 65,2 % (IC à 95 % : 60,7–69,5 %). Cela correspond à une réduction de 16,7 % (IC à 95 % : 14,7–18,6 %) de la prévalence globale de l'incapacité de mâcher à l'échelle nationale et, potentiellement, à 302 670 (IC à 95 % : 267 350–337 990) Canadiens de moins déclarant une incapacité de mâcher.

> Si la prévalence de l'incapacité de mâcher chez tous les adultes était la même que chez les diplômés universitaires, 683 720 Canadiens de moins seraient incapables de mâcher.

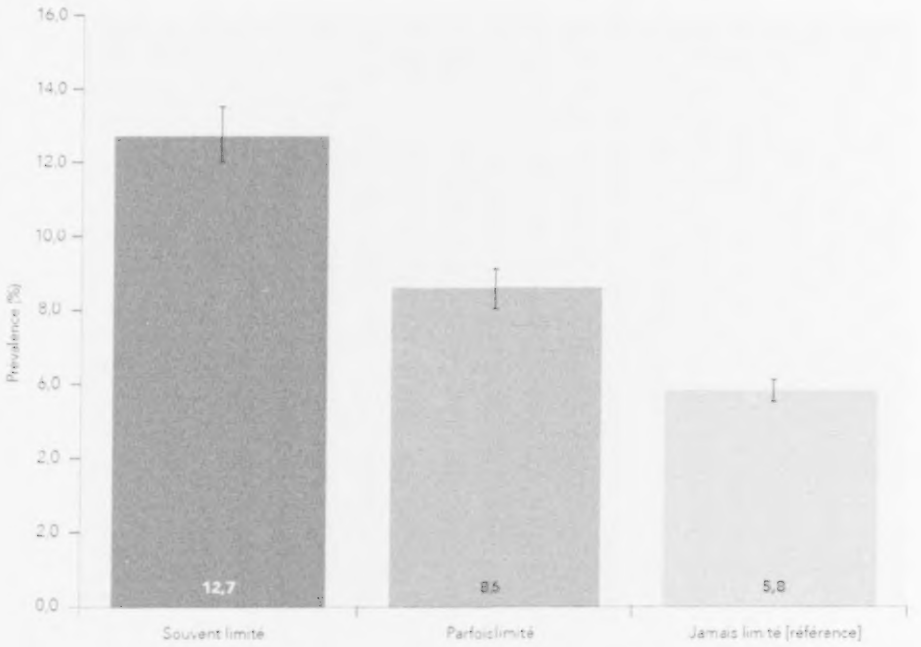
Situation d'emploi et profession

Chez les Canadiens ayant déclaré une incapacité permanente de travailler, la prévalence de l'incapacité de mâcher était 3,9 (IC à 95 % : 3,2–4,6) fois plus élevée que chez les gens qui avaient un emploi la semaine précédente (figure 5).

Si la prévalence de l'incapacité de mâcher dans ce sous-groupe était aussi faible que celle des Canadiens qui ont un emploi, la prévalence chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler serait 74,6 % (IC à 95 % : 70,1–79,0 %) plus faible. Par conséquent, la prévalence globale de l'incapacité de mâcher serait réduite de 5,9 % (IC à 95 % : 4,6–7,2 %) et 86 320 (IC à 95 % : 66 290–106 350) Canadiens de moins déclareraient une incapacité de mâcher.

FIGURE 2

Incapacité de mâcher selon la limite à la participation et aux activités, Canada, âges 18 ans et plus, 2007–2008



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Souvent limité	2,2*	6,9*	54,5*	12,9*	0,9*	236 710*
Parfois limité	1,5*	2,8*	32,7*	6,7*	0,5*	122 200*
Jamais limité (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2007–2008

FIGURE 3

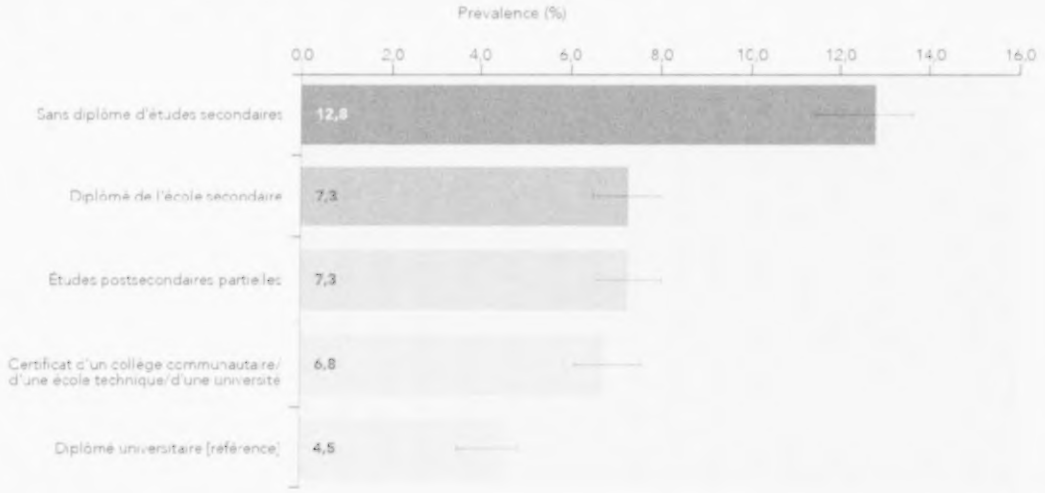
Incapacité de mâcher selon le quintile de revenu, Canada, âges 18 ans et plus, 2007–2008

	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	3,3*	9,2*	70,1*	20,7*	1,5*	385 670*
Q2	2,1*	4,2*	51,8*	9,6*	0,7*	179 360*
Q3	1,6*	2,5*	39,2*	5,9*	0,4*	109 080*
Q4	1,3*	1,1*	22,2*	2,6*	0,2*	48 920*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2007–2008

FIGURE 4

Incapacité de mâcher selon le niveau de scolarité, Canada, âges 20 ans et plus, 2007–2008

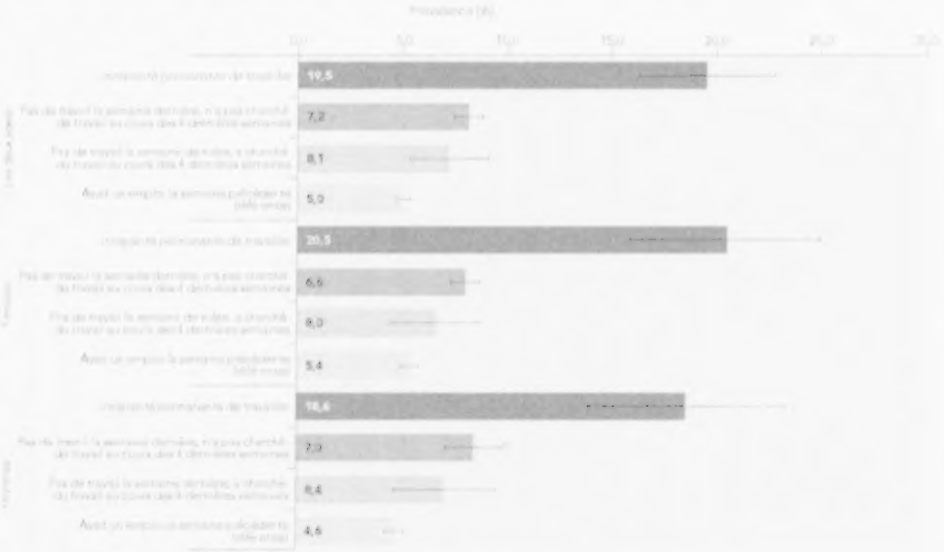


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	2,9*	8,3*	65,2*	16,7*	1,2*	302 670*
Diplôme de l'école secondaire	1,6*	2,9*	39,3*	6,2*	0,5*	111 910*
Études postsecondaires partielles	1,6*	2,9*	39,4*	3,1*	0,2*	55 460*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,5*	2,4*	34,7*	11,8*	0,9*	213 680*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)-Composante annuelle 2007–2008

FIGURE 5

Incapacité de mâcher selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2007–2008



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FAB)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAPo)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPPo)
Incapacité permanente de travailler	3,9*	14,6*	74,6*	5,9*	0,8*	86 320*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,6*	3,1*	38,5*	11,0*	0,7*	161 240*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,4*	2,2*	30,7*	1,2*	0,1*	17 790*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Incapacité permanente de travailler	3,8*	15,1*	73,7*	5,8*	0,4*	45 990*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,5*	2,6*	32,6*	10,8*	0,7*	85 650*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,2	1,2	17,9	0,5E	0,0E	4 250E
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Incapacité permanente de travailler	4,0*	14,0*	75,1*	5,9*	0,3*	40 260*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,8*	3,8*	45,0*	10,5*	0,6*	71 280*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,5E	2,4E	33,9E	1,6E	0,1E	10 650E
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
N/A : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La cible fédérale selon l'âge a été effectuée à partir de l'échantillonnage de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composition annuelle 2007-2008

Comme pour le revenu et le niveau de scolarité, l'incapacité de mâcher diminuait lorsque le niveau de spécialisation et de groupe professionnel augmentait. La prévalence de l'incapacité de mâcher chez les gens qui exercent des professions non spécialisées, des professions de spécialisation moyenne et des professions spécialisées, techniques ou de supervision était respectivement 2,3 (IC à 95 % : 1,7–2,8), 2,0 (IC à 95 % : 1,5–2,5) et 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,9) fois plus élevée que la prévalence chez les professionnels. Le gradient d'inégalité était plus prononcé chez les hommes que chez les femmes (figure 6).

Résidence en milieu urbain ou rural

On a noté des différences modestes, mais statistiquement significatives, dans l'incapacité de mâcher selon la résidence en milieu urbain ou rural[37]. Chez les adultes vivant dans les régions éloignées et dans les petits centres urbains, la prévalence de l'incapacité de mâcher était respectivement 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) et 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,4) fois plus élevée que chez les personnes vivant dans les grandes zones urbaines, en excluant Montréal, Toronto et Vancouver (figure 7).

Si la prévalence de l'incapacité de mâcher chez les personnes vivant dans les petits centres urbains était aussi faible que celle des personnes qui vivent dans les grandes zones urbaines (autres que Montréal, Toronto et Vancouver), il y aurait une réduction de 19,6 % (IC à 95 % : 12,3–26,8 %) de la prévalence de l'incapacité de mâcher dans les petits centres urbains. Cela représenterait 58 710 (IC à 95 % : 33 260–84 150) cas d'incapacité de mâcher de moins au Canada (annexe 1).

ENCADRÉ 2
INDICATEUR CONNEXE : ASSURANCE DENTAIRE

Au Canada, seulement 9 % de l'assurance dentaire est financée par les programmes publics. Les deux tiers (67 %) des adultes canadiens ont une assurance dentaire, dont 83,2 % sont offertes par l'employeur (14). Cela laisse une grande portion de la population adulte du Canada compter sur ses propres moyens pour les soins dentaires. L'absence d'assurances (ainsi qu'un faible revenu et un faible niveau de scolarité) a été associée aux obstacles financiers à l'obtention de soins dentaires (15,16).

Constatations

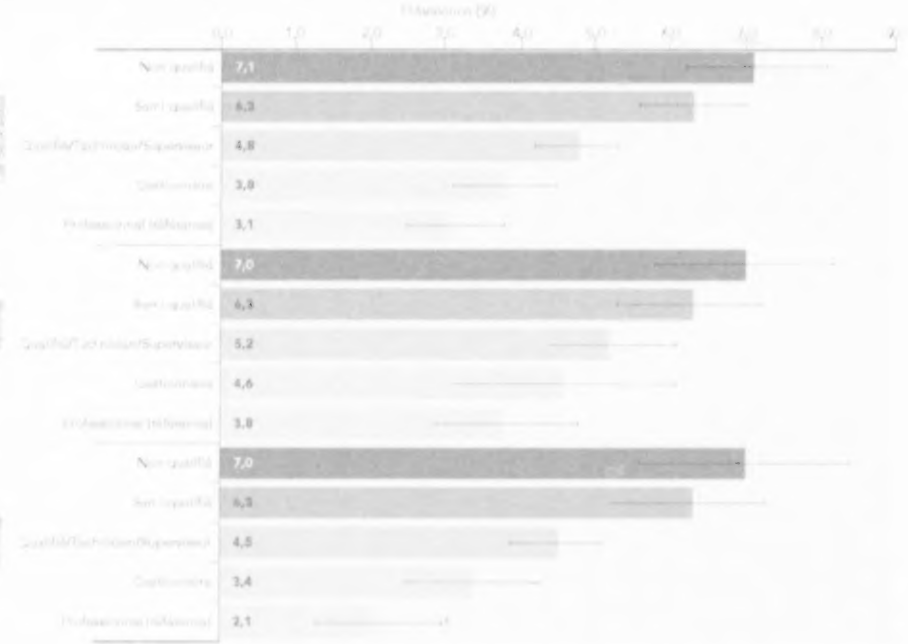
D'après les données de l'ECMS de 2007–2009, il existe des inégalités dans l'accès à l'assurance dentaire selon le revenu.

- Chez les Canadiens de 18 à 79 ans, l'absence d'assurance dentaire était 2,2 (IC à 95 % : 1,6–2,8) fois plus élevée chez le groupe de revenu le plus faible et 1,8 (IC à 95 % : 1,4–2,2) fois plus élevée chez le groupe de revenu intermédiaire comparativement au groupe de revenu le plus élevé.
- Si la prévalence d'assurance dentaire chez les adultes canadiens du groupe de revenu le plus faible était la même que celle du groupe de revenu le plus élevé, il y aurait 365 500 (IC à 95 % : 213 500–517 500) adultes canadiens de moins sans assurance dentaire. De même, si les adultes du groupe de revenu intermédiaire présentaient la même prévalence en matière d'assurance dentaire que le groupe de revenu le plus élevé, il y aurait 2 646 000 (IC à 95 % : 1 599 000–2 962 500) adultes canadiens de moins sans assurance dentaire. Une autre recherche fondée sur les mêmes données a mis en évidence un gradient de revenu clair en ce qui concerne l'évitement des soins dentaires professionnels en raison du coût : à mesure que le revenu augmentait, l'évitement diminuait (17).

37. Pour obtenir la définition des sous-groupes ruraux et urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 6

Incapacité de mâcher selon la profession et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–75 ans, 2007–2008



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Non qualifié	2,3*	4,0*	55,9*	5,0*	0,3*	66 560*
Semi-qualifié	2,0*	3,1*	49,8*	10,2*	0,6*	136 640*
Qualifié/Technicien/Superviseur	1,5*	1,6*	33,9*	7,2*	0,4*	97 310*
Gestionnaire	1,2	0,7	17,2	0,9	0,1	11 610
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Non qualifié	1,8*	3,2*	45,4*	3,7*	0,2*	26 730*
Semi-qualifié	1,6*	2,4*	38,7*	7,6*	0,5*	55 810*
Qualifié/Technicien/Superviseur	1,4	1,4*	26,6*	4,3*	0,3*	31 190*
Gestionnaire	1,2	0,8	17,4	0,8E	0,0E	5 690E
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Non qualifié	3,3*E	4,8*E	69,3*E	6,5*E	0,3*E	40 100*E
Semi-qualifié	2,9*E	4,1*E	65,7*E	13,9*E	0,7*E	85 420*E
Qualifié/Technicien/Superviseur	2,1*E	2,4*E	52,4*E	14,6*	0,8*E	89 650*E
Gestionnaire	1,6E	1,2*E	36,7*E	2,2*E	0,1*E	13 340*E
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Composante annuelle, 2007–2008

FIGURE 7

Incapacité de mâcher selon la résidence en milieu rural ou urbain et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2007–2008

LES DEUX SEXES	RISQUE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FAN)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION 1 (FAPN)	DUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (DAP) POUR 100	FOYERS DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (DAP)
Régions éloignées	1,2*	1,5*	17,5*	1,4*	0,1*	26 330*
Régions rurales	1,1	0,5	6,3	0,7	0,0	12 540
Petits centres urbains	1,2*	1,8*	19,6*	3,0*	0,2*	58 710*
Montréal, Toronto et Vancouver	1,0	-0,1	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal, Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Régions éloignées	1,3*	2,0*	20,2*	1,7*	0,1*	17 620*
Régions rurales	1,1	0,5	6,3	0,7	0,1	7 160
Petits centres urbains	1,2*	1,7*	17,3*	2,6*	0,2*	28 210*
Montréal, Toronto et Vancouver	1,0	-0,3	NA	NA	NA	NA
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal, Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Régions éloignées	1,2*	1,0	13,2*	1,0*	0,1*	8 190*
Régions rurales	1,1	0,4	5,7	0,6	0,0	5 140
Petits centres urbains	1,3*	1,8*	21,8*	3,5*	0,2*	29 620*
Montréal, Toronto et Vancouver	1,0	0,1	1,2	0,4	0,0	3 700
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal, Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le dénombrement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Composante annuelle 2007–2008

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

La présente analyse tient compte d'un seul indicateur de la mauvaise santé buccodentaire : l'incapacité de mâcher. Il existe d'autres moyens d'évaluer la santé buccodentaire, notamment les taux de carie dentaire (et les conséquences des caries non traitées), les taux et la gravité des maladies des gencives et des parodontopathies, et l'accès aux soins dentaires. Plusieurs de ces indicateurs sont interreliés (p. ex. la carie peut être un précurseur de l'incapacité de mâcher), et les inégalités entre les groupes démographiques sont souvent observées entre plusieurs indicateurs de la santé buccodentaire (3).

Les données de l'ESCC sont autodéclarées et peuvent donc sous-estimer la mesure dans laquelle les gens ont une incapacité de mâcher. Par exemple, les gens peuvent être réticents à admettre qu'ils sont incapables de mâcher s'ils perçoivent cela comme étant dévalorisant. De plus, les données présentées concernent uniquement les adultes. Les inégalités en santé buccodentaire chez les enfants et les jeunes en fonction de différents stratificateurs sociaux peuvent présenter des schémas de répartition différents de ceux observés chez les adultes. Par exemple, les adolescents inuits avaient près de 4 fois plus de dents cariées, manquantes ou obturées que les adolescents vivant au sud du 60e parallèle, alors que les adultes inuits avaient 1,6 fois plus de dents cariées, manquantes ou obturées que leurs homologues du sud (18).

Une limite importante de l'ESBPN, qui fournit des renseignements sur la santé buccodentaire des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, est l'absence d'estimations de la variance (IC à 95 %; coefficients de variation). Ces données ne sont pas présentées en raison de l'effet du plan de sondage. Seulement 8 collectivités comptant plus de 500 personnes (une collectivité urbaine ou rurale et une collectivité éloignée ou difficile d'accès pour chacune des quatre régions) étaient inclues dans l'étude. L'inclusion d'un plus grand nombre de collectivités aurait aidé à réduire l'effet du plan de sondage.

La petite taille de l'échantillon de l'ESBPN (1 188) comparativement à l'ECMS 2007–2009 (5 586) a également nécessité le regroupement des groupes d'âge afin de permettre les comparaisons entre les études. Par conséquent, bien que les constatations de l'ESBPN aient été présentées à côté de celles de l'ECMS (encadré 1), les conclusions relatives aux différences observées dans les résultats des deux enquêtes doivent être interprétées avec prudence (13).

Puisque les données présentées sont de nature transversale, il est impossible d'établir un lien de causalité. Par exemple, l'incapacité de mâcher était plus fréquente chez les personnes ayant une incapacité permanente de travailler. Une explication possible serait que les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler risquent davantage de développer une incapacité de mâcher (p. ex. un revenu moins élevé causé par une incapacité de travailler, qui entraîne une incapacité de se permettre des soins dentaires ou des prothèses dentaires bien ajustées). En revanche, toute douleur associée à une incapacité de mâcher peut compromettre la capacité de travailler. La présente analyse actuelle a plutôt décrit l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à l'incapacité de mâcher dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (12), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène des groupes stratifiés. Dans une étude récente réalisée en Nouvelle-Ecosse, des taux beaucoup plus élevés de dents cariées ont été observés chez les réfugiés que chez les immigrants. Cette même étude a également révélé des différences importantes entre les immigrants, les réfugiés et les gens nés au Canada en ce qui concerne les besoins en soins dentaires autodéclarés et déterminés cliniquement (19). Comparer l'ensemble de la population immigrante à la population non

immigrante ne révèle pas les nuances de l'inégalité au sein des différentes populations d'immigrants et entre ces populations. Au contraire, cette méthode peut mener à une surestimation ou à une sous-estimation du fardeau sanitaire qui pèse sur ces groupes (20). En outre, les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici.

DISCUSSION

La santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé et du mieux-être en général. Bien que la majorité des Canadiens déclarent avoir une bonne santé buccodentaire, des inégalités importantes – mesurées par une incapacité de mâcher – ont été observées dans la présente analyse pour une gamme de stratificateurs sociaux, notamment le revenu, le niveau de scolarité, la situation d'emploi et la profession, l'identité autochtone, ainsi que les limites à la participation et aux activités.

Une proportion légèrement plus élevée de femmes que d'hommes déclarent une incapacité de mâcher. L'ECMS a révélé que les femmes avaient un nombre moyen plus élevé de dents manquantes et obturées et étaient plus susceptibles de déclarer une douleur buccodentaire, alors que les hommes avaient un nombre moyen plus élevé de dents cariées (21). Une recherche menée au Royaume-Uni a démontré que les femmes étaient beaucoup plus touchées par la mauvaise santé buccodentaire (22).

La prévalence de l'incapacité de mâcher est quatre fois plus élevée chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler que chez les personnes qui occupent un emploi. Chez les Canadiens qui se situent dans la catégorie de revenus la plus faible et ceux qui ont le niveau de scolarité le plus faible, la prévalence d'incapacité de mâcher est trois fois plus élevée que chez les Canadiens qui présentent les niveaux de revenus et de scolarité les plus élevés. Ces déterminants socioéconomiques interagissent avec une gamme de facteurs contextuels complexes et entraînent ainsi des inégalités en santé buccodentaire. Ces facteurs comprennent l'accès à une alimentation adéquate, l'accès à des soins dentaires et à des services de prévention, la fluoration de l'eau, le tabagisme et la consommation d'alcool, ainsi que d'autres déterminants environnementaux, psychosociaux et comportementaux de la santé (23). D'autres études canadiennes qui utilisent les données de l'ECMS ont révélé un lien entre le statut socioéconomique faible et les mauvais résultats en matière de santé buccodentaire (24), tout comme d'autres études réalisées aux États-Unis (É.-U.) (25), en Australie (26), en Nouvelle-Zélande (27) et au Royaume-Uni (22).

Bien que nos résultats montrent une prévalence légèrement plus élevée d'incapacité de mâcher chez les femmes que chez les hommes (8,2 % contre 6,8 %), aucune inégalité en santé buccodentaire relative au sexe ou au genre liée au revenu n'a été constatée. D'autres recherches canadiennes semblent indiquer des inégalités en lien avec le revenu plus importantes chez les femmes (3,21).

Un fardeau disproportionné d'incapacité de mâcher touche les Canadiens qui ont des limites à la participation et aux activités. La mesure dans laquelle l'état physique, mental ou de santé contribue aux limites à la participation et aux activités à la maison, au travail ou à l'école est un aspect important de la santé et du bien-être perçus des Canadiens. En particulier, la mauvaise santé buccodentaire est beaucoup plus fréquente chez les personnes qui sont atteintes d'une incapacité physique ou mentale et celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée (28). Une partie de ce fardeau excédentaire qui touche les gens ayant des limites à la participation et aux activités est liée à leurs problèmes de mastication, qui à leur tour contribuent à de telles limites.

Les problèmes de santé buccodentaire et les autres problèmes de santé interagissent de façon complexe, l'un augmentant souvent le risque ou la gravité de l'autre. Les limites à la participation et aux activités et la mauvaise santé buccodentaire peuvent affecter le mieux-être social et le statut socioéconomique

par leurs effets sur l'accès à l'emploi, le revenu et le niveau de scolarité (29). Les gens qui vivent avec une déficience physique ou développementale peuvent être confrontés à des obstacles qui les empêchent de prendre soin de leur santé buccodentaire et d'avoir accès aux soins de santé buccodentaire. Il peut s'agir notamment d'obstacles financiers, de limites physiques et d'équipement, ou d'obstacles sociaux comme la peur des soins dentaires ou les expériences de stigmatisation ou de discrimination (28). Une mauvaise santé buccodentaire peut avoir de nombreuses répercussions sur la santé en général, par exemple en causant de la douleur, en perturbant le fonctionnement physique, psychologique et social, en entravant l'apport nutritif et en perturbant le travail, les études ou le sommeil (30).

La prévalence de l'incapacité de mâcher est plus élevée chez les peuples autochtones que chez les non-Autochtones. Elle varie entre les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, les membres des Premières Nations qui vivent hors réserve, les Métis et les Inuits. Bien que la différence de prévalence de l'incapacité de mâcher entre les Inuits et les non-Autochtones n'était pas statistiquement significative dans nos constatations, les résultats de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008–2009 ont révélé que 28,8 % des répondants de 20 à 39 ans et 35,6 % des répondants de 40 ans et plus évitaient certains aliments en raison de problèmes buccodentaires; ces différences étaient statistiquement beaucoup plus élevées que la prévalence indiquée par les Canadiens vivant au sud. L'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits a également mis en évidence des inégalités entre divers indicateurs de santé buccodentaire chez les participants au sondage sur les Inuits en comparaison aux gens qui vivent au sud du 60e parallèle (18) (encadré 3). Des inégalités semblables ont été relevées chez les Autochtones d'Australie (31), les Maoris et les peuples du Pacifique en Nouvelle-Zélande par rapport à leurs homologues non autochtones (27).

Bien que des programmes fédéraux, dont le Programme des services de santé non assurés (SSNA), offrent un régime de soins dentaires aux Premières Nations et aux Inuits reconnus, des obstacles géographiques, linguistiques et socioculturels importants entravent l'accès aux soins offerts à ces groupes (28). De 2013 à 2015, seulement 48 % des membres des Premières Nations et des Inuits admissibles ont accédé aux services dentaires du Programme des SSNA (42). Le coût n'est donc que l'un des nombreux obstacles aux soins qui doivent être surmontés afin de réduire les inégalités en santé buccodentaire (encadré 3). De même, en Australie, les mauvais résultats en matière de santé buccodentaire qui touchent les peuples autochtones sont en partie attribuables à un manque de soins dentaires opportuns et appropriés sur le plan culturel, en particulier dans les régions rurales et éloignées (31).

L'accès aux soins dentaires est un important facteur d'inégalité en santé buccodentaire. Comparativement à la plupart des pays de l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE), le Canada finance une faible proportion des soins dentaires en fonds publics – environ 6,0 % en 2011. À la même période, les É.-U. ont contribué à hauteur de 7,9 % en fonds publics, alors que la Finlande, qui présente la plus forte contribution de fonds publics en soins dentaires, a contribué à 79 % (3). Le Canada affiche de piètres résultats au chapitre de l'accès équitable aux soins; on y constate certaines des plus importantes différences dans l'accès aux soins dentaires entre la catégorie de revenus faible et la catégorie de revenus élevée parmi les pays de l'OCDE (3).

Les Canadiens désavantagés qui sont les plus touchés par une mauvaise santé buccodentaire vivent également les plus importants obstacles financiers à l'accès aux soins dentaires (3). Entre 2010 et 2013, près des deux tiers (64,5 %) des adultes canadiens ont indiqué avoir consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au moins une fois au cours des 12 mois précédents, comparativement à 43,3 % des adultes

ENCADRÉ 3
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Bien que l'état de santé buccodentaire varie d'une collectivité de Premières Nations à l'autre, les mauvaises issues qui touchent ces peuples de manière disproportionnée à l'échelle nationale peuvent être attribuables à plusieurs facteurs communs et liés entre eux. Le fait que certaines collectivités soient rurales, de petite taille et/ou éloignées peut entraver le développement socioéconomique et l'accès aux soins de santé, y compris les soins de santé préventifs (p. ex. pénurie de services dentaires opportuns) (32). Bien que les nettoyages et les examens dentaires réguliers soient essentiels au maintien de la santé buccodentaire, d'autres mesures sont importantes comme l'accès à la fluoration de l'eau et à de l'eau potable saine (p. ex. pour le brossage des dents quotidien) (33). De nombreux éléments de preuve semblent indiquer que plusieurs collectivités de Premières Nations ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour avoir accès à une fluoration de l'eau fiable et à de l'eau potable saine (34). En outre, les effets de la colonisation sur les conditions environnementales des communautés (p. ex. urbanisation des terres ancestrales, pollution) ainsi que les coûts et les restrictions liés à la pratique de la chasse et de la pêche, ont diminué l'accès aux aliments traditionnels qui sont riches en oligo-éléments et augmenté la disponibilité des régimes alimentaires occidentalisés, qui sont riches en sucre et qui ont un effet négatif direct sur la santé buccodentaire (33,35). En outre, l'insécurité alimentaire contribue à des taux disproportionnés d'atteintes chroniques (p. ex. diabète) chez les membres des Premières Nations, ce qui augmente également leur propension à la parodontopathie (35,36). Une mauvaise santé buccodentaire peut également être transmise entre les générations, tant au stade prénatal, par les effets de la santé buccodentaire de la mère sur le développement du fœtus, que par le transfert des mauvaises pratiques en santé buccodentaire de la personne qui prend soin de l'enfant à ce dernier (37–40). Ce transfert de mauvaises pratiques peut s'avérer particulièrement problématique pour les enfants des Premières Nations, qui sont fortement représentés dans le système de familles d'accueil et qui font face à d'autres obstacles aux soins, notamment des facteurs qui nuisent au suivi des dossiers médicaux et à la constance des soins (p. ex., visites de suivi et/ou de restauration), comme la charge de travail des fournisseurs de soins et la transition entre les placements (41).

canadiens ne détenant pas de diplôme d'études secondaires, 50,5 % des nouveaux immigrants adultes, 55,7 % des adultes des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, 54,8 % des adultes métis et 49,5 % des adultes inuits (43). Selon les données de l'ECMS 2007–2009, 49,8 % des Canadiens vivant avec des revenus modestes ne disposaient d'aucune assurance dentaire privée ou publique, et 34,5 % avaient évité de consulter un professionnel des soins dentaires au cours des 12 mois précédents en raison du coût (2). En partie en raison du manque d'accès aux soins, les inégalités sont plus importantes pour les résultats liés à la santé buccodentaire que pour plusieurs autres résultats en matière de santé au Canada (3).

Une mauvaise santé buccodentaire est associée à une détérioration de la qualité de vie et des liens sociaux, à des problèmes de santé mentale et physique plus graves, ainsi qu'au diabète, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires et à d'autres affections (3). Bien que l'incapacité de mâcher ne soit que l'un des indicateurs de la santé buccodentaire, elle illustre de façon frappante les inégalités entre les groupes démographiques. Ces inégalités sont fréquentes dans un large éventail de stratificateurs, notamment la situation d'emploi, la profession et l'identité autochtone. Il y a également un gradient socioéconomique clair en santé buccodentaire, avec des taux d'incapacité de mâcher qui augmentent à mesure que le revenu des ménages, le niveau de scolarité, les limites à la participation et aux activités, et le niveau de spécialisation professionnelle diminuent. Bien que les facteurs de risque individuels comme une mauvaise alimentation, le tabagisme et une mauvaise hygiène dentaire aient un rôle à jouer, la prévalence élevée d'incapacité de mâcher observée dans certaines populations est fortement influencée par les déterminants sociaux de la santé. S'attaquer à ces inégalités exigera des interventions stratégiques qui influeront sur les facteurs plus généraux comme la sécurité alimentaire, la fluoration de l'eau et l'accès aux soins (4).

La mesure systématique des inégalités en santé touchant les adultes canadiens vivant avec une incapacité de mâcher est nécessaire pour surveiller les inégalités sur le plan individuel et entre les groupes sociodémographiques et socioéconomiques. Ces renseignements peuvent servir à éclairer les interventions, les politiques, les programmes et la recherche visant à réduire les différences mises en lumière et les impacts qui y sont associées. La surveillance continue des inégalités en santé buccodentaire peut également permettre de cerner les changements qui se produisent avec le temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour la santé buccodentaire, incapacité de mâcher. Source des données : ESCC 2007–2008

Références

(1) Association dentaire canadienne. Votre santé buccodentaire [Internet] [mise à jour en 2015]. Accessible à l'adresse : http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/index.asp.

(2) Santé Canada. Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé 2007-2009 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2010. Accessible à l'adresse : http://publications.gc.ca/site/fra/9.637552/publication.html.

(3) Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaires pour les personnes vulnérables vivant au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Académie canadienne des sciences de la santé; 2014. Accessible à l'adresse : http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf.

(4) Farmer J, McLeod L, Siddiqi A, Ravaghi V, Quiñonez C. Towards an understanding of the structural determinants of oral health inequalities: A comparative analysis between Canada and the United States. SSM - Population Health. 2016 Dec;2:226-36.

(5) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2014. Accessible à l'adresse : https://www.cihi.ca/en/nhex_2014_report_fr.pdf.

(6) Association dentaire canadienne. L'état de la santé buccodentaire au Canada; Les services de soins dentaires au Canada [Internet] [mise à jour en mars 2017; page consultée le 22 novembre 2017] [environ 3 écrans]. Accessible à l'adresse http://www.cda-adc.ca/etatdelasantebuccodentaire/servicescanada/.

(7) Van Lancker A, Verhaeghe S, Van Hecke A, Vanderwee K, Goossens J, Beeckman D. The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2012 Dec;49(12):1568-81.

(8) Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. J Oral Sci. 2006 Jan;48(1):1-7.

(9) Bortoluzzi MC, Traebert J, Lasta R, Da Rosa TN, Capella DL, Presta AA. Tooth loss, chewing ability and quality of life. Contemp Clin Dent. 2012 Oct;3(4):393-7.

(10) Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Organisation mondiale de la santé; 2007 [page consultée le 16 novembre 2017].

(11) Organisation mondiale de la santé [Internet]. Développement du jeune enfant [mise à jour en 2011. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/fr/.

(12) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(13) Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Report on the Findings of the First Nations Oral Health Survey (FNOHS) 2009-10. Ottawa : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2012 [page consultée le 22 novembre 2017].

(14) Statistique Canada. Scholars Portal: A Service of the Ontario Council of University Libraries: Odesi, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes – Composante annuelle [Internet] [mise à jour en 2014].

Accessible à l'adresse : http://odesi2.scholarsportal.info/webview/index.jsp?object=http://142.150.190.128:80%2Fobj%2FfStudy%2Fcchs-82M0013-E-2014-Annual-component&mode=documentation&v=2&top=yes.

(15) Bhatti T, Rana ZF, Grootendorst P. Incidence de la couverture d'assurance dentaire et du revenu sur l'utilisation des soins dentaires au Canada. Journal de l'Association dentaire canadienne, vol. 73, n° 1, février 2007, JID – 7907[illegible]0227.

(16) Locker D, Maggirias J, Quiñonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. J Public Health Dent. 2011;71(4):327-34.

(17) Thompson B. Cost barriers to dental care in Canada. 2012.

(18) Santé Canada. Rapport sommaire de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008-2009 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2011. Accessible à l'adresse : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H34-231-2-2011-fra.pdf.

(19) Ghiabi E, Matthews DC, Brillant MS. The oral health status of recent immigrants and refugees in Nova Scotia, Canada. Journal of immigrant and minority health, 2014, 16(1):95-101.

(20) Chen J, Wilkins R, Ng E. Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Rapports sur la santé, Statistique Canada, 1996, 8:29-38.

(21) Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. The magnitude of oral health inequalities in Canada: findings of the Canadian health measures survey. Community Dent Oral Epidemiol. 2013;41(6):490-8.

(22) Fuller E, Steele J, Watt R and Nuttall N. 1: Oral health and function – a report from the Adult Dental Health Survey 2009. The Health and Social Care Information Centre; 2011 [page consultée en novembre 2017].

(23) Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(1):1-11.

(24) Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. The magnitude of oral health inequalities in Canada: findings of the Canadian health measures survey. Community Dent Oral Epidemiol. 2013 Feb;41(6):490-8.

(25) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Internet]. Division of Oral Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; May 17, 2016. Disparities in Oral Health [mise à jour le 8 juin 2016]. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/oralhealth/oral_health_disparities/index.htm.

(26) Sanders AE. Social Determinants of Oral Health: conditions linked to socioeconomic inequalities in oral health in the Australian population [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare (Media and Publishing Unit); 2007. Accessible à l'adresse : http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129546502.

(27) New Zealand Ministry of Health. Our Oral Health: Key findings of the 2009 New Zealand Oral Health Survey [Internet]. Wellington: Ministry of Health; 2010. Accessible à l'adresse : http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/our-oral-health-2010.pdf.

(28) Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs dentaires (GTFPTSD). Réduire les problèmes dentaires : Cadre pour la santé buccodentaire au Canada [Internet]. 2013. Accessible à l'adresse : http://www.caphd.ca/sites/default/files/Framework%2C%20November%205%20FINAL%20-%20French.pdf.

(29) Armour B, Swanson M, Waldman H, Perlman S. A profile of state-level differences in the oral health of people with and without disabilities, in the US, in 2004. Public Health Rep. 2008 Feb;123(1):67-75.

(30) Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005 Sept;83(9):644-.

(31) Williams S, Jamieson L, MacRae A, Gray C. Review of Indigenous oral health. Oral Health. 2011;11(2):1-8.

(32) Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [Internet]. Prince George (C.-B.) : CCNSA; Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis [mise à jour en 2009; page consultée le 22 novembre 2017], [environ 6 écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/525/Voir_publication.nccah?id=22.

(33) First Nations Health Authority. Healthy smiles for life: BC's First Nations and Aboriginal Oral Health Strategy. 2014 [page consultée le 22 novembre 2017].

(34) Human Rights Watch. Make it Safe: Canada's Obligation to End the First Nations Water Crisis. 2016 [page consultée le 17 novembre 2017].

(35) Earle L. La santé et les régimes alimentaires traditionnels autochtones. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone/National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2011.

(36) Santé Canada [Internet]. Maladies et état de santé – Santé des Premières Nations et des Inuits [mise à jour en 2012; page consultée le 15 février 2013]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/maladies-etat-sante.html.

(37) Chaffee B, Gansky S, Weintraub J, Featherstone J, Ramos-Gomez F. Maternal oral bacterial levels predict early childhood caries development. J Dent Res. 2014;93(3):238-44.

(38) Cidro J, Zahayko L, Lawrence HP, Folster S, McGregor M, McKay K. Breast feeding practices as cultural interventions for early childhood caries in Cree communities. BMC oral health. 2015;15(1):49.

(39) Lawrence H, Nahwegahbow A. Role of Indigenous mothers in infant oral care. 2017 March 31-April 2, 2017.

(40) Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. Am Fam Physician. 2008;77(8).

(41) Ponti M. Des considérations particulières pour la supervision médicale des enfants et des adolescents en famille d'accueil. Paediatriatric Children's Health, 2008, 13:129-32.

(42) Santé Canada. Programme des services de santé non assurés – Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits : Rapport annuel 2014-2015 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2016. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/programme-services-sante-non-assures-direction-generale-sante-premieres-nations-et-inuits-rapport-annuel-2014-2015.html.

(43) Agence de la santé publique du Canada. Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé [Internet]. 13 septembre 2017. Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada [mise à jour en 2017]. Accessible à l'adresse : http://odesi2.scholarsportal.info/webview/index.jsp?object=http://142.150.190.128:80%2Fobj%2FfStudy%2Fcchs-82M0013-E-2014-Annual-component&mode=documentation&v=2&top=yes.

INÉGALITÉS RELATIVES À LA TUBERCULOSE AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- Bien que l'incidence de la tuberculose active dans l'ensemble de la population canadienne figure parmi les plus faibles au monde, des taux élevés persistent chez les peuples autochtones et les personnes nées à l'étranger.
- Le taux d'incidence de la tuberculose chez les Inuits, les Premières Nations et les Métis est respectivement 293,8, 32,0 et 6,5 fois plus élevé que le taux d'incidence chez les personnes non autochtones nées au Canada. Cela signifie qu'il y a respectivement 196,9, 20,9 et 3,7 cas de tuberculose de plus pour 100 000 habitants chez les Inuits, les membres des Premières Nations et les Métis.
- Le taux de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger est 20,6 fois plus élevé que celui des personnes non autochtones nées au Canada. Cela représente environ 13 cas de tuberculose de plus pour 100 000 personnes chez les personnes nées à l'étranger que chez les personnes non autochtones nées au Canada.

ACRONYME	NOM COMPLET
AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ITL	Infection tuberculeuse latente
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SCDCT	Système canadien de déclaration des cas de tuberculose

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par une bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis*. Elle attaque habituellement les poumons, mais peut également toucher d'autres parties du corps, dont les ganglions lymphatiques, les reins, les voies urinaires et les os. Lorsque *M. tuberculosis* atteint les poumons, le système immunitaire essaie de le tuer ou de le contenir. Lorsqu'une personne est infectée par la bactérie *M. tuberculosis* qui reste contenue ou inactive dans le corps, on dit qu'elle est atteinte d'une infection tuberculeuse latente (ITL); la personne atteinte ne se sent pas malade et ne peut pas transmettre l'infection à d'autres personnes (1). Cependant, l'ITL peut évoluer à tout moment en une tuberculose active, ce risque étant plus élevé au cours des deux premières années qui suivent l'infection. Le risque de développer la maladie active augmente aussi chez les personnes atteintes d'autres maladies ou affections qui affaiblissent le système immunitaire, comme le VIH/sida. Au Canada, environ 1 600 cas de tuberculose active sont déclarés chaque année (1).

Malgré les efforts de prévention et de contrôle, la tuberculose demeure un grave problème de santé à l'échelle internationale. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé à 10,4 millions le nombre de cas incidents de tuberculose dans le monde en 2015, soit 142 cas pour 100 000 personnes (2). Au cours de la même année, la tuberculose a tué 1,8 million de personnes, dont 22 % étaient également infectées par le VIH. L'Asie présentait le plus grand nombre de cas incidents au monde (61 %), et 45 % des nouveaux cas à l'échelle mondiale ont été répertoriés dans trois pays : Inde, Indonésie et Chine (2).

La tuberculose a déjà été une cause importante de morbidité et de mortalité au Canada. En 1926, environ un décès sur treize au Canada était attribué à la tuberculose, soit plus que le nombre de décès attribués au cancer (3). Vers la fin du 19e siècle, les épidémies de tuberculose qui se sont répandues dans les populations des Premières Nations de l'ouest du Canada en raison de la famine et du surpeuplement ont entraîné un pic des taux de mortalité attribuable à la tuberculose, qui étaient 6 fois plus élevés que les taux les plus élevés recensés en Europe (4). La tuberculose demeure une préoccupation en matière de santé chez certains peuples autochtones au Canada.

L'amélioration des conditions de vie générales, combinée à des mesures de santé publique, a entraîné une diminution radicale de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité due à la tuberculose au Canada au cours du dernier siècle (5). Cependant, après avoir diminué pendant plusieurs décennies, les taux chez les membres des Premières Nations inscrits ont atteint un plateau (6), alors que les taux chez les Inuits ont augmenté entre la fin des années 1990 et 2010 (7).

Actuellement, les populations du Canada qui risquent davantage d'être exposés à la tuberculose et à l'ITL sont notamment les Autochtones, les immigrants nés dans des pays où l'incidence de la tuberculose est élevée, les itinérants, les résidents des établissements correctionnels ou des établissements de soins de longue durée, les travailleurs de la santé, les utilisateurs de drogues par injection et les personnes qui présentent d'autres facteurs de risques comportementaux ou qui souffrent d'autres maladies (8).

Les Canadiens nés à l'étranger comptent pour environ 20 % de la population totale du Canada (9). Le gouvernement du Canada exige que les personnes qui présentent une demande de résidence permanente, et dans certains cas de résidence temporaire, subissent un examen médical avant leur arrivée. Cet examen médical comprend une radiographie des poumons obligatoire visant à dépister la tuberculose active chez les gens âgés de 11 ans et plus (8,10). Toute personne atteinte de tuberculose active doit suivre un traitement complet avant d'être autorisée à entrer au Canada. Elle doit fournir la preuve qu'elle a reçu un traitement complet qui a réussi, des radiographies pulmonaires stables et/ou démontrant une amélioration, et trois frottis et cultures d'expectorations. Les personnes qui ont déjà été traitées pour la tuberculose ou dont la radiographie des poumons est anormale sans tuberculose active font l'objet d'une surveillance de la tuberculose après leur arrivée (8). Parmi les personnes nées à l'étranger atteintes de tuberculose qui sont arrivées au Canada entre 2000 et 2010, presque 50 % ont reçu un diagnostic de tuberculose active au cours des cinq années suivant leur arrivée (11).

Le risque d'infection par la tuberculose augmente avec la malnutrition, le tabagisme et le surpeuplement des logements, lesquels reflètent des inégalités sociales et économiques (7). Les facteurs associés à la progression de l'ITL vers la maladie active comprennent le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'immunodépression et/ou la consommation de drogue (12).

La faible observance du traitement (le traitement dure de 6 à 9 mois) est la cause la plus courante d'échec d'un traitement initial et de rechute de la maladie, ce qui peut contribuer à la transmission de la maladie

(13). Chez les populations autochtones, les obstacles à l'observance du traitement comprennent les facteurs liés aux systèmes de soins de courte durée et de santé publique, les maladies chroniques comme le VIH et le diabète, et les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté et la stigmatisation sociale (13).

La tuberculose a été choisie comme un indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) est un système de surveillance à l'échelle nationale fondé sur les cas au moyen duquel l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) surveille les cas de tuberculose active diagnostiqués au Canada. Le SCDCT est un effort de coopération avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. En résumé, les autorités provinciales et territoriales de la santé publique soumettent volontairement des rapports sur tous les nouveaux cas et les cas de retraitement de tuberculose active[38]. [Voir les détails sur les méthodes du SCDCT.]

Le SCDCT recueille des données sur les facteurs démographiques (sexe, âge, origine, province ou territoire de résidence, statut d'immigrant), les facteurs de risque (p. ex. sérologie VIH et abus d'alcool ou d'autres drogues), le schéma thérapeutique et le résultat du traitement. Le terme « Premières Nations » désigne les personnes anciennement nommées Indiens d'Amérique du Nord et comprend les personnes qui sont inscrites ou non, l'inscription faisant référence aux personnes enregistrées aux termes de la *Loi sur les Indiens* (14).

Les données sur les cas de tuberculose active recueillies par l'entremise du SCDCT et utilisées pour le présent rapport couvrent la période de 2010 à 2014.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures des inégalités en santé fondées sur la surveillance annuelle de la tuberculose par le SCDCT. Ensemble, le SCDCT et le présent rapport fournissent une référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

38. De plus amples détails au sujet du SCDCT et de la façon dont les taux ont été calculés sont disponibles dans le rapport de V. Gallant, V. Duvvuri et M. McGuire, *La tuberculose au Canada : Données supplémentaires de 2015, Relevé des maladies transmissibles au Canada* [Internet], 2017 [page consultée le 21 avril 2017], 43(3), accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/17vol43/dr-rm43-3-4/ar-05-fra.php.

CONSTATS

Des inégalités importantes relatives aux taux de tuberculose ont été observées chez les Autochtones et les personnes nées à l'étranger pour la période de 2010 à 2014, comme décrit ci-dessous. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

Le taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants était 30 % plus élevé chez les hommes (5,2) que chez les femmes (4,1). Si les hommes avaient le même taux d'incidence que les femmes, il y aurait 198 cas de tuberculose de moins par année et le taux de nouveaux cas de tuberculose au Canada serait réduit de 12,2 % (figure 1).

Peuples autochtones

Les taux d'incidence de la tuberculose dans l'ensemble des groupes autochtones étaient plus élevés que chez les Canadiens non autochtones. Le taux d'incidence de la tuberculose chez les Inuits (197,6 pour 100 000 habitants) était le plus élevé, soit 293,8 fois plus élevé que le taux chez les non-Autochtones nés au Canada (0,7 pour 100 000 habitants). Le taux chez les membres des Premières Nations (21,5 pour 100 000) était 32 fois plus élevé que celui des non-Autochtones nés au Canada. Le taux chez les Métis (4,4 pour 100 000) était 6,5 fois plus élevé que celui des non-Autochtones nés au Canada. Le taux des Premières Nations vivant dans les réserves (23,0 pour 100 000) était 48 % plus élevé que celui des Premières Nations vivant hors réserve (15,5 pour 100 000 habitants (figure 2).

Si les Premières Nations, les Inuits et les Métis avaient le même taux de tuberculose que les non-Autochtones nés au Canada, 185, 117 et 16 cas de tuberculose, respectivement, seraient évités chaque année.

Personnes nées à l'étranger

Les personnes nées à l'étranger comptaient pour plus du deux tiers des nouveaux cas de tuberculose déclarés au Canada. Le taux d'incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger était 20,6 fois plus élevé que celui des personnes non autochtones nées au Canada. Cela représente environ 13 cas de tuberculose de plus pour 100 000 habitants chez les personnes nées à l'étranger que chez les personnes non autochtones nées au Canada (figure 3).

Si le taux de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger était le même que chez les personnes non autochtones nées au Canada, il y aurait 1 043 nouveaux cas de moins au Canada chaque année. Le taux global de tuberculose serait également réduit de 65,3 %.

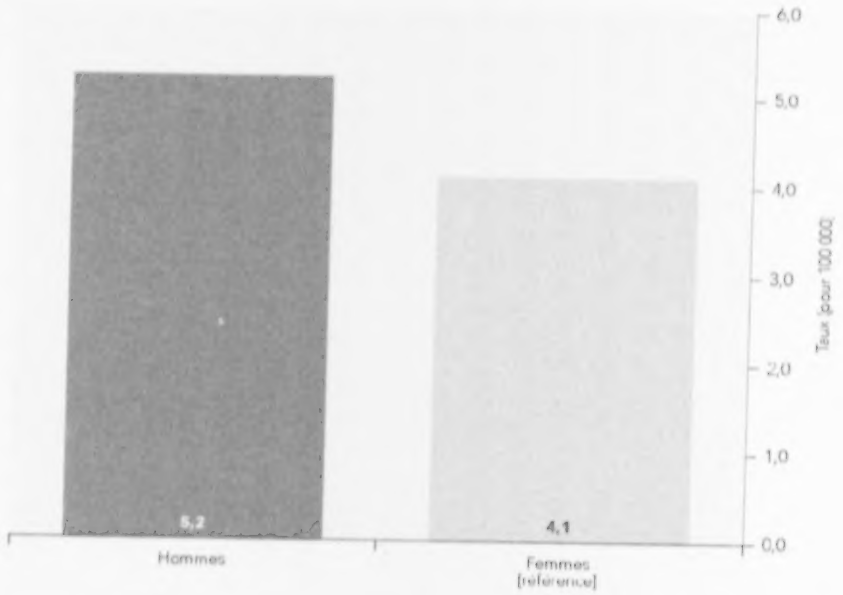
> Si les taux de tuberculose chez les personnes non autochtones nées au Canada et chez les Canadiens nés à l'étranger étaient identiques, il y aurait 1 043 nouveaux cas de moins chaque année.

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) n'a pas été conçu pour saisir la plupart des variables de l'inégalité en santé comme le revenu, le niveau de scolarité, la résidence en milieu rural ou urbain, l'origine culturelle ou raciale, la situation d'emploi et la profession, et l'orientation sexuelle.

FIGURE 1

Taux d'incidence de cas déclarés de tuberculose active (nouveaux cas et retraitements) selon le sexe ou le genre, Canada, 2010–2014

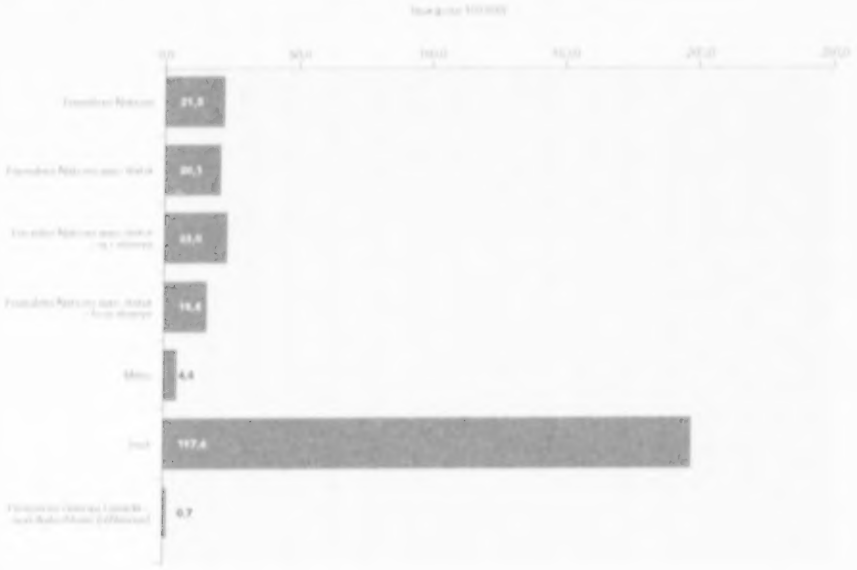


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Hommes	1,3	1,1	21,9	12,2	0,6	198
Femmes [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Source : Système de déclaration des cas de tuberculose (2010–2014)

FIGURE 2

Taux d'incidence de cas déclarés de tuberculose active (nouveaux cas et retraitements) selon l'identité autochtone, Canada, 2010–2014

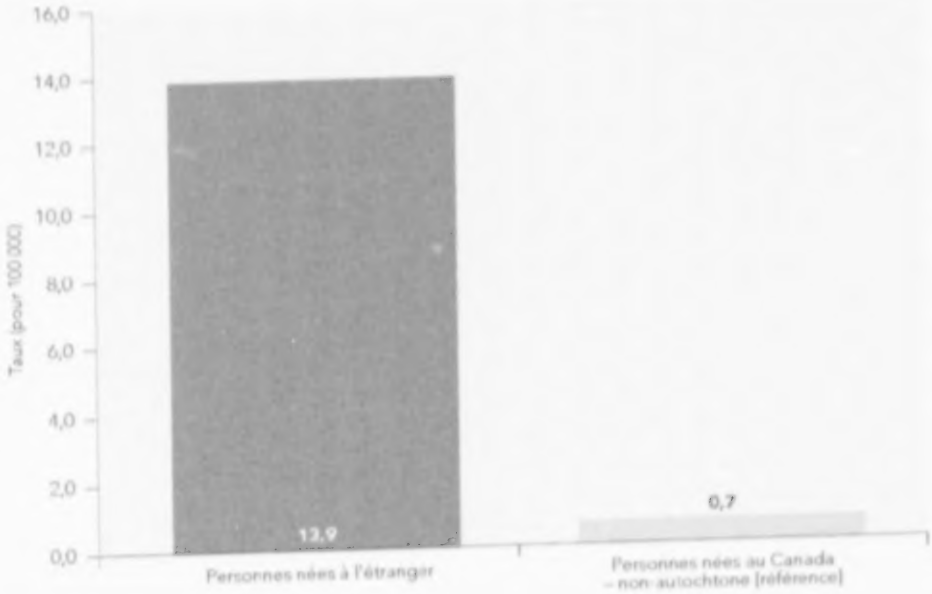


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations	32,0	20,9	96,9	37,1	0,7	185
Premières Nations avec statut	29,8	19,4	96,6	36,2	0,7	181
Premières Nations avec statut – sur réserve	34,3	22,4	97,1	22,1	0,4	110
Premières nations avec statut – hors réserve	23,1	14,8	95,7	13,1	0,2	65
Métis	6,5	3,7	84,6	3,2	0,1	16
Inuit	293,8	196,9	99,7	23,5	0,4	117
Personnes nées au Canada – non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Source : Système de déclaration des cas de tuberculose (2010–2014)

FIGURE 3

Taux d'incidence de cas déclarés de tuberculose active (nouveaux cas et retraitements) selon l'origine, Canada, 2010–2014



	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Personnes nées à l'étranger	20,6	13,2	95,1	65,3	3,0	1 043
Personnes nées au Canada – non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Source : Système de déclaration des cas de tuberculose (2010-2014)

Les données du SCDCT ont été compilées à partir de sources provinciales et territoriales. Ces sources ne sont peut-être pas toujours uniformes dans la façon de recueillir les données pour les membres des Premières Nations non-inscrits et les Métis. Bien que les membres des Premières Nations non-inscrits comptent pour environ 25 % de la population des Premières Nations (9), le SCDCT n'a enregistré presque aucun cas de tuberculose chez les membres des Premières Nations non-inscrits (11). Cela laisse à penser que les membres des Premières Nations non-inscrits atteints de tuberculose peuvent avoir été catégorisés comme membres des Premières Nations inscrits ou Métis.

Deux sources de données ont été utilisées pour déterminer les populations autochtones. Les données sur la population des Premières Nations (toutes) et la population métisse provenaient de Statistique Canada, alors que les estimations/projections en matière de population pour les membres des Premières Nations inscrits vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci ont été préparées par Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC). Les comptes totalisés par AANC pour les populations des Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci étaient plus élevés que le compte totalisé par Statistique Canada. Ainsi, il peut y avoir des incohérences dans les estimations relatives à la population des Premières Nations.

Dans le présent rapport, nous examinons les inégalités pour chaque catégorie sociale (p. ex. sexe ou genre, identité autochtone) séparément. L'importance des inégalités auxquelles font face les personnes qui présentent de multiples identités croisées n'est pas illustrée ici. Par ailleurs, la généralisation des constatations en grands groupes démographiques, comme les Canadiens nés à l'étranger et autochtones, masque l'hétérogénéité du taux d'incidence et des facteurs de risque au sein de ces groupes qui découle des différences dans l'expérience vécue par ces populations; cela peut aboutir à une surestimation ou à une sous-estimation du fardeau sanitaire qui pèse sur ces groupes. Par exemple, en 2010, les taux de tuberculose chez les Autochtones du Manitoba et de la Saskatchewan étaient plus de 10 fois plus élevés que chez les Autochtones de l'Ontario (11). Une variation similaire du risque de tuberculose a été constatée chez les immigrants au Canada en fonction de leur pays d'origine, avec des taux beaucoup plus élevés chez les personnes en provenance de l'Afrique, de l'Asie du Sud, et de l'Asie de l'Est que chez les personnes en provenance de l'Europe (11). Le fardeau disproportionné de la tuberculose vécu par ces groupes dépend d'un système complexe de déterminants sociaux de la santé qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

Finalement, bien que le risque de tuberculose active demeure plus élevé chez les populations de personnes nées à l'étranger et d'Autochtones canadiens, il se pourrait que l'incidence augmente dans d'autres populations, en particulier chez les itinérants et les personnes qui consomment des substances. Souvent, les données sur ces populations ne sont pas disponibles.

DISCUSSION

Conformément à la tendance mondiale globale (2), nos observations révèlent un taux d'incidence de la tuberculose plus élevé chez les hommes que chez les femmes (5,2 contre 4,1 pour 100 000 personnes). Des différences comportementales et physiologiques pourraient expliquer le taux d'incidence plus élevé chez les hommes (15). Par exemple, le tabagisme est un facteur de risque de la tuberculose, et il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (15). Les différences biologiques entre les sexes, comme l'effet des hormones sur le fonctionnement des cellules immunitaires, peuvent influer sur la sensibilité à la tuberculose (15, 16).

Le taux de tuberculose chez les Inuits, les Premières Nations et les Métis était respectivement de 197,6, 21,5 et 4,4 pour 100 000 personnes. Le risque accru de tuberculose chez les Autochtones reflète les résultats directs et indirects du colonialisme et de la perte des terres qui ont été vécus par cette population, ainsi que les conséquences de la marginalisation culturelle,

économique et sociale qui s'est ensuivie (5). Dans le passé, les Inuits atteints de la tuberculose active étaient souvent transférés vers le sud pour être traités. Ces pratiques ont eu des effets néfastes sur les communautés autochtones et sur l'acceptation sociale des programmes de prévention et de traitement (5). En outre, l'établissement de relations commerciales et de travail avec les colons européens et la mise en place du système des réserves, souvent assorti de conditions de logement et de vie inadéquates, ont également accru les facteurs de risque de la tuberculose (17). D'autres problèmes comme le diabète, la malnutrition, l'insuffisance rénale terminale et l'infection à VIH, qui sont des facteurs de risque pour l'évolution de l'ITL vers la tuberculose active, sont plus répandus ou deviennent plus répandus dans certaines populations autochtones comparativement aux groupes de population non autochtone (5,7).

Les taux d'incidence plus élevés de tuberculose dans les communautés des Premières Nations ont été reliés au surpeuplement des logements (18) et à l'insécurité alimentaire (7). Les mauvaises conditions de logement découlant de la pauvreté ou de la défavorisation sociale ajoutées à un accès limité aux soins de santé peuvent également accroître les facteurs de risque de la tuberculose (7). L'incidence de la tuberculose chez les Premières Nations s'est avérée plus élevée dans les communautés de Premières Nations isolées. Cela peut refléter des ressources inadéquates dans ces communautés, notamment un nombre réduit de professionnels de la santé et des services de diagnostic limités, ainsi que le défi que représente le transport des patients sur de longues distances (7).

Un risque de tuberculose accru chez les peuples autochtones a été constaté dans d'autres pays, mais à des taux inférieurs à ceux du Canada. En 2013, l'incidence de la tuberculose chez les Autochtones de l'Australie était de 4,6 pour 100 000 personnes, ce qui était environ 6 fois plus élevé que chez les personnes non autochtones nées en Australie (19). En 2016, le taux de tuberculose chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska était de 5,0 pour 100 000 personnes, ou 4,7 fois plus élevé que chez la population née aux États-Unis (20). Historiquement, les taux de tuberculose chez les Inuits du Canada et les Autochtones de l'Alaska étaient comparables; les tendances ont divergé à la fin des années 1990, les taux chez les Inuits du Canada étant maintenant 6 fois plus élevés que chez les Autochtones de l'Alaska (21).

Les taux d'incidence de la tuberculose dans la population canadienne née à l'étranger étaient 20,6 fois plus élevés que ceux de la population non autochtone née au Canada. Comme dans les autres pays à revenus plus élevés, la plupart des nouveaux cas de tuberculose au Canada ont été observés chez les personnes nées dans des pays plus durement touchés par la tuberculose (22,23). Les taux chez les personnes nées à l'étranger reflètent les taux dans leur pays de provenance. Les taux étaient les plus élevés chez les personnes originaires de l'Afrique (en particulier des pays où la prévalence du VIH est élevée), du Pacifique Ouest et de l'Asie du Sud-Est (11).

Aux États-Unis, le nombre le plus élevé de cas de tuberculose a également été observé chez les personnes nées à l'étranger, soit 15,1 cas pour 100 000 personnes, ce qui est environ 13 fois plus élevé que le nombre de cas dans la population née aux États-Unis (1,2 cas pour 100 000 personnes) (20). La population australienne née à l'étranger avait un taux d'incidence de 18,4 pour 100 000 personnes, ce qui était plus de 19 fois plus élevé que le taux de la population née en Australie (19).

On estime que 20 à 50 % des cas de tuberculose active chez les immigrants canadiens résultent d'un voyage récent dans leur pays d'origine (8). Une autre raison expliquant le fardeau élevé de la tuberculose dans la population née à l'étranger est la réactivation d'une ITL ancienne (23). De même, le facteur de risque le plus fréquemment déclaré chez les Australiens nés à l'étranger en 2013 était « résidence ou voyage antérieur dans un pays à risque élevé » (19). Aux États-Unis, environ 90 % des cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger peuvent être attribués à la réactivation de l'infection contractée à l'étranger (20).

Le dépistage et le traitement de l'ITL chez les immigrants canadiens provenant de pays à risque élevé ont été recommandés (24). D'autres ont suggéré de cibler principalement les déterminants sociaux de la santé, comme les taux accrus de pauvreté chez les immigrants (25).

Bien que la tuberculose soit évitable et traitable, les taux sont demeurés élevés chez certaines populations de Canadiens nés à l'étranger et d'Autochtones au Canada. La tuberculose a longtemps été décrite comme une maladie sociale, mettant en évidence l'importance du rôle des déterminants sociaux de la santé. Bien que l'on constate des facteurs de risque individuels, notamment le tabagisme et le sexe ou le genre, ceux-ci sont grandement influencés par le statut socioéconomique, y compris les conditions de vie, l'insécurité alimentaire et l'accès aux soins de santé. La mesure systématique et élargie des inégalités en santé touchant les Canadiens atteints de tuberculose aidera à orienter et à renforcer les interventions visant à réduire les différences mises en lumière et les répercussions qui y sont associées. S'attaquer à ces inégalités au moyen d'interventions stratégiques pouvant avoir des effets sur les influences plus larges de la pauvreté et de la défavorisation sociale exigera une volonté politique continue, un financement adéquat, une mobilisation communautaire et des ressources scientifiques (26). Une compréhension approfondie de l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur la tuberculose exigera la surveillance continue des inégalités relatives à la tuberculose entre les groupes sociodémographiques et socioéconomiques pour déterminer comment ils évoluent au fil du temps, afin d'orienter les programmes, les politiques et la recherche.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour la tuberculose. Source des données : Système de déclaration des cas de tuberculose (2010-2014)

			MESURES D'INÉGALITÉS			MESURES DE L'IMPACT SUR LA POPULATION		
Stratificateurs sociaux		Taux (pour 100 000)	Ratio de taux (RT)	Différence de taux (DT) pour 100 000	Fraction attribuable (FA%)	Fraction attribuable dans la population (FAP%)	Taux attribuable dans la population (TAP) pour 100 000	Nombre de personnes à risque dans la population (NPRP) par année
Global	Les deux sexes	4,6		NA			NA	
Groupes de population								
Sexe/genre	Hommes	5,2	1,3	1,1	21,9	12,2	0,6	198
	Femmes [référence]	4,1	**Référence**					
Identité autochtone	Premières Nations	21,5	32,0	20,9	96,9	37,1	0,7	185
	Premières Nations avec statut	20,1	29,8	19,4	96,6	36,2	0,7	181
	Premières Nations avec statut – sur réserve	23,0	34,3	22,4	97,1	22,1	0,4	110
	Premières Nations – hors réserve	15,5	23,1	14,8	95,7	13,1	0,2	65
	Métis	4,4	6,5	3,7	84,6	3,2	0,1	16
	Inuit	197,6	293,8	196,9	99,7	23,5	0,4	117
	Personnes nées au Canada – non-Autochtone [référence]	0,7	**Référence**					
	Total Autochtones	23,7	35,2	23,0	97,2	20,0	0,9	319
Origine	Personnes nées à l'étranger	13,9	20,6	13,2	95,1	65,3	3,0	1 043
	Personnes nées au Canada – non-Autochtone [référence]	0,7	**Référence**					

NOTE :

L'échelle de couleurs a pour but d'illustrer (pour tous les indicateurs et les stratificateurs) 1- les inégalités relatives et absolues; 2- les tendances des inégalités (par exemple, les populations autochtones sont fréquemment confrontées à des inégalités en comparaison avec les non-Autochtones); 3- les gradients des inégalités (par exemple, il y a souvent des gradients d'inégalités entre les strates de revenu). L'importance et la répartition des inégalités présentées dans ce tableau doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte d'un indicateur à la fois, des différences entre les sources de données utilisées (par exemple, entre une enquête versus un registre administratif) et des limites existantes. L'échelle de couleurs pour les ratios de taux (RT) inférieurs à 1 et des différences de taux (DT) inférieures à 0 a été appliquée en utilisant respectivement la valeur réciproque et la valeur absolue. Par exemple, pour un RT de 0,5, l'échelle de couleur appliquée est pour la valeur de 2,0 (1 /0,5) et pour une DT de -10, l'échelle de couleur pour la valeur de 10 est utilisée. L'échelle de couleurs est uniquement appliquée lorsque la différence entre la valeur et le groupe de référence est statistiquement significative.

LÉGENDE

		RT	DT pour 100 000
Non applicable	NA	> 1,8	> 930
Non fiable	F	1,5 → 1,8	280 → 930
À interpréter avec prudence	E	1,3 → 1,5	120 → 280
Statistiquement significatif	*	1,2 → 1,3	60 → 120
Référence		1,1 → 1,2	30 → 60
		1,0 → 1,1	0 → 30

Inégalité plus grande

Inégalité plus petite

Références

(1) Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2016. Causes de la tuberculose [mise à jour le 24 mars 2016; page consultée le 25 avril 2017], [environ un écran]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/tuberculose/causes-tuberculose.html.

(2) Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016 [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2016 [page consultée le 28 avril 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/.

(3) Brancker A, Enarson DA, Grzybowski S, Hershfield ES, Jeanes CW. Une chronique statistique de la tuberculose au Canada : Partie I. De l'époque du traitement en sanatorium au présent. Rapports sur la santé 1992, 4(2):103-23.

(4) Ackley SF, Liu F, Porco TC, Pepperell CS. Modeling historical tuberculosis epidemics among Canadian First Nations: effects of malnutrition and genetic variation. PeerJ, 2015, 3:e1237.

(5) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013. Les maladies infectieuses – une menace perpétuelle. La tuberculose – d'hier à aujourd'hui [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2013 [page consultée le 21 avril 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/tuber-fra.php.

(6) Long R, Hoeppner V, Orr P, Ainslie M, King M, Abonyi S, *et al.* Marked disparity in the epidemiology of tuberculosis among Aboriginal peoples on the Canadian Prairies: The challenges and opportunities. Canadian respiratory journal. 2013;20(4):223-30.

(7) Alvarez GG, Orr P, Wobeser WL, Cook V, Long R. Chapitre 14 : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse 7e édition – La prévention de la tuberculose et les soins aux tuberculeux chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada/Société canadienne de thoracologie, 2013, p. 373-390.

(8) Greenway C, Khan K, Schwartzman K. Chapitre 13 : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse 7e édition – La surveillance et le dépistage de la tuberculose dans certaines populations à haut risque, dans : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, réviseur. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2014, p. 347-372.

(9) Statistique Canada. [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2013. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits [mise à jour le 15 septembre 2016; page consultée le 21 avril 2017], [environ 20 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm.

(10) Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2013. Examen médical aux fins de l'immigration [mise à jour le 7 mai 2013; page consultée le 21 avril 2017], [environ 2 écrans], accessible à l'adresse : http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/outils/medic/exam/index.asp.

(11) Halverson J, Ellis E, Gallant V, Archibald C. Chapitre 1 : Normes Canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7e édition – L'épidémiologie de la tuberculose au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada/Société canadienne de thoracologie; 2014, p. 7-24.

(12) Centers for Disease Control and Prevention. Latent tuberculosis infection: A guide for primary heatlh care providers [Internet]. Atlanta:

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatits, STD, and TB prevention; 2013 [page consultée le 21 avril 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/pdf/targetedltbi.pdf.

(13) Orr P. Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations Part 1: definition, measurement, responsibility, barriers. Int J Circumpolar Health. 2011;70(2):113-27.

(14) Gouvernement du Canada. [Internet]. Ottawa : Site Web de la législation; 2015. *Loi sur les Indiens* (L.R.C., 1985, ch. I-5) [mise à jour le 10 octobre 2017; page consultée le 25 avril 2017], [environ 2 écrans]. Accessible à l'adresse : http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/.

(15) Nhamoyebonde S, Leslie A. Biological differences between the sexes and susceptibility to tuberculosis. J Infect Dis. 2014;209(suppl_3):S100-6.

(16) Neyrolles O, Quintana-Murci L. Sexual inequality in tuberculosis. PLoS medicine. 2009;6(12):e1000199.

(17) Grzybowski S, Allen EA. Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada. CMAJ. 1999 Apr 6;160(7):1025-8.

(18) Larcombe L, Nickerson P, Singer M, Robson R, Dantouze J, McKay L, *et al.* Housing conditions in 2 Canadian first nations communities. Int J Circumpolar Health. 2011;70(2):141-53.

(19) Toms C, Stapledon R, Waring J, Douglas P, National Tuberculosis Advisory Committee, for the Communicable Diseases Network Australia, and the Australian Mycobacterium Reference Laboratory Network. Tuberculosis notifications in Australia, 2012 and 2013. Commun Dis Intell Q Rep. 2015 Jun 30;39(2):E217-35.

(20) Schmit KM. Tuberculosis—United States, 2016. MMWR.Morbidity and Mortality Weekly Report. 2017;66.

(21) Orr P. Tuberculosis in Nunavut: looking back, moving forward. CMAJ. 2013 Mar 5;185(4):287-8.

(22) DeAngelis CD, Flanagin A. Tuberculosis—A global problem requiring a global solution. JAMA. 2005;293(22):2793-4.

(23) Pareek M, Greenaway C, Noori T, Munoz J, Zenner D. The impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in high-income countries: a review. BMC medicine. 2016;14(1):48.

(24) Varughese M, Langlois-Klassen D, Long R, Li M. Preventing tuberculosis in the foreign-born population of Canada: a mathematical modelling study. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2014;18(4):405-12.

(25) Reitmanova S, Gustafson D. Rethinking immigrant tuberculosis control in Canada: from medical surveillance to tackling social determinants of health. Journal of immigrant and minority health. 2012;14(1):6-13.

(26) Isaakidis P, Smith S, Majumdar S, Furin J, Reid T. Calling tuberculosis a social disease--an excuse for complacency? Lancet. 2014 Sep 20;384(9948):1095,6736(14)61670-6.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ –
CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

INÉGALITÉS RELATIVES À LA CONSOMMATION ÉLEVÉE D'ALCOOL AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La consommation élevée d'alcool, ou consommation abusive, est définie comme étant la consommation de 5 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de la dernière année.
- La prévalence de la consommation abusive d'alcool est 2,3 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cela signifie que 15,2 hommes de plus que de femmes pour 100 adultes canadiens boivent de manière excessive.
- Les femmes bisexuelles ou lesbiennes déclarent une consommation abusive 1,7 et 1,6 fois plus élevée que les femmes hétérosexuelles, alors que les taux chez les hommes bisexuels ou gais sont similaires à ceux des hommes hétérosexuels. Cela signifie qu'en comparaison aux femmes hétérosexuelles, 9,9 femmes bisexuelles de plus et 8,9 lesbiennes de plus pour 100 femmes canadiennes déclarent une consommation élevée d'alcool.
- La prévalence de la consommation abusive chez Canadiens noirs, asiatiques du Sud, asiatiques de l'Est et du Sud-Est et, arabes et asiatiques de l'Ouest représente 0,3 fois celle observée chez les Canadiens blancs. Cela signifie que, en comparaison aux Canadiens blancs, 15 personnes de moins pour 100 ont indiqué une consommation abusive dans chacun de ces groupes de population.
- La prévalence de la consommation abusive chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler représente 0,5 fois la prévalence chez les personnes qui ont un emploi. Cela équivaut à 11,8 déclarations de consommation abusive de moins pour 100 adultes canadiens chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler que chez celles qui ont un emploi.
- La prévalence de la consommation abusive chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits est respectivement 1,3, 1,4 et 1,3 fois plus élevée que la prévalence chez les adultes non autochtones. Cela équivaut à respectivement 5,2, 7,4 et 5,3 déclarations de consommation abusive de plus pour 100 adultes canadiens chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits par rapport aux adultes non autochtones.
- La consommation abusive est plus courante à mesure que les revenus augmentent. La prévalence de consommation abusive chez les Canadiens ayant les revenus les plus faibles représente 0,6 fois celle des Canadiens qui ont les revenus les plus élevés. Cela signifie que sur 100 adultes canadiens, il y a 10 déclarations de consommation abusive de moins dans le groupe au revenu le plus faible que dans le groupe au revenu le plus élevé.
- La consommation abusive chez les gestionnaires et chez les personnes occupant des emplois spécialisés, techniques ou de supervision est, respectivement, 1,3 et 1,4 fois plus élevée que la prévalence chez les professionnels. Cela signifie que, pour 100 adultes canadiens, il y a 5,8 gestionnaires de plus et 7,4 personnes occupant des emplois spécialisés, techniques ou de supervision de plus qui ont une consommation élevée d'alcool.

ACRONYME	NOM COMPLET
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

Dans la société canadienne, l'alcool joue un rôle dans le cadre de nombreux événements et rassemblements sociaux. Pour la plupart, les Canadiens qui boivent le font de manière responsable (1). En 2013, environ 22 millions de Canadiens avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente. Parmi ceux-ci, 3,1 millions ont bu suffisamment pour que cela représente un risque de préjudice immédiat, alors que 4,4 millions de Canadiens ont bu suffisamment pour être exposés à des effets chroniques sur leur santé (1). Le préjudice immédiat à soi-même ou aux autres découlant de l'intoxication comprend l'intoxication alcoolique et les blessures liées à la violence familiale et aux accidents de la route. Les risques à plus long terme comprennent les maladies du foie causées par l'alcoolisme, une déficience de la capacité cognitive, divers cancers, notamment le cancer colorectal, du sein, du foie et de l'oropharynx, ainsi que les maladies cardiovasculaires, notamment la coronaropathie, l'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance cardiaque (1). En outre, l'alcool peut être associé à divers troubles de la santé mentale, dont la dépression (1).

L'alcool est établi comme l'un des principaux facteurs de risque de décès et d'invalidité pour les Canadiens en général et le principal facteur de risque pour les Canadiens de 15 à 49 ans (2). Parmi toutes les substances psychoactives, les troubles liés à l'alcool étaient la cause la plus fréquente d'hospitalisation au Canada en 2011 (1). En 2002, la consommation d'alcool au Canada était associée à un fardeau économique de 14,6 milliards de dollars, dont 3,3 milliards de dollars en coûts directs liés aux soins de santé, 3,1 milliards de dollars en coûts liés à l'application de la loi, 7,1 milliards de dollars liés à la perte de productivité, et d'autres coûts associés aux accidents de la route, aux dommages en milieu de travail et autres (3).

La tendance de consommation d'alcool et les effets nuisibles qui en résultent sont répartis inégalement dans la population (4). Des facteurs individuels influencent les tendances de consommation d'alcool et les conséquences, comme les traits de personnalité, les motivations pour consommer ou ne pas consommer, et la capacité d'adaptation (1). À leur tour, ces facteurs sont grandement influencés par les environnements social et physique, qui comprennent les normes sociales et culturelles, la perte de l'identité culturelle, la stigmatisation liée à la consommation d'alcool, les réseaux et les soutiens sociaux, l'exposition à la publicité sur l'alcool ainsi que l'accessibilité et l'abordabilité de l'alcool (1). Par exemple, en Colombie-Britannique, les augmentations des prix minimums de l'alcool ont été associées à la réduction des hospitalisations attribuables à l'alcool (5). Au contraire, l'accès accru aux détaillants d'alcool a été associé à une augmentation des méfaits liés à l'alcool (6).

D'autres facteurs comme le sexe ou le genre, le statut socioéconomique, le type d'emploi et le niveau de scolarité ont une incidence sur les tendances de consommation d'alcool et les conséquences, et créent

possiblement des inégalités relatives à la consommation d'alcool et ses méfaits (1). Bien qu'à l'échelle de la population le revenu est associé positivement à la consommation d'alcool, il est inversement associé aux effets néfastes de l'alcool sur la santé. Entre 2007 et 2012, le taux d'hospitalisations attribuables à l'alcool chez les Canadiens dans le groupe de revenu le plus faible était environ 2,4 fois plus élevé que chez les Canadiens du groupe de revenu le plus élevé (7).

La consommation élevée d'alcool (consommation abusive) a été sélectionnée comme indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur la consommation d'alcool et les inégalités ont été obtenues par l'entremise de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2010 à 2012. Une consommation élevée d'alcool a été définie comme étant la consommation de 5 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

L'analyse comprenait des répondants de l'ESCC âgés de 18 ans et plus. Les inégalités dans la prévalence de la consommation élevée d'alcool ont été évaluées par l'examen des différences relatives à la consommation élevée d'alcool en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les facteurs sociodémographiques comprennent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine culturelle ou raciale, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle (18–59 ans[39]), la santé fonctionnelle et la résidence en milieu urbain ou rural. Les facteurs socioéconomiques comprennent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession (18–75 ans) et la situation d'emploi (18–75 ans). Les données sur la prévalence ont été ajustées selon l'âge, en fonction des données du Recensement de la population canadienne de 2011.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. Quant aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, des renseignements comparables sont obtenus par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010 pour les répondants de 18 ans et plus. Les données ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population de 2011.

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

39. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant des intervalles de confiance à 95 % (8). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont également été calculées pour l'ensemble des facteurs de stratification sociale, mais ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Toutefois, en raison des limites méthodologiques lors de la combinaison de deux ensembles de données (soit ceux de l'ESCC et de l'ERS), les résultats pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord n'ont pas été inclus dans le calcul des mesures de l'inégalité et sont rapportés ici en fonction de la prévalence seulement.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

De 2010 à 2012, 18,9 % (IC à 95 % : 18,6–19,2) des Canadiens de 18 ans et plus ont indiqué une consommation élevée d'alcool au cours des 12 derniers mois. Pour les populations regroupées par revenu, profession, statut d'immigrant et origine culturelle ou raciale, on a observé une association positive entre la consommation élevée d'alcool et l'avantage social. Aucune inégalité significative relative à la consommation abusive n'a été observée pour la santé fonctionnelle (annexe 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence de la consommation abusive était de 26,5 % (IC à 95 % : 26,0–27,1 %) chez les hommes et de 11,4 % (IC à 95 % : 11,0–11,8 %) chez les femmes, soit 2,3 (IC à 95 % : 2,2–2,4) fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (figure 1).

Si la prévalence de la consommation élevée d'alcool chez les hommes était identique à celle des femmes, il y aurait une réduction de 57,1 % de la prévalence de la consommation abusive chez les hommes et une réduction de 39,5 % de la prévalence de la consommation abusive globale à l'échelle nationale. Cela signifie qu'il y aurait 1 990 120 buveurs excessifs de moins au Canada.

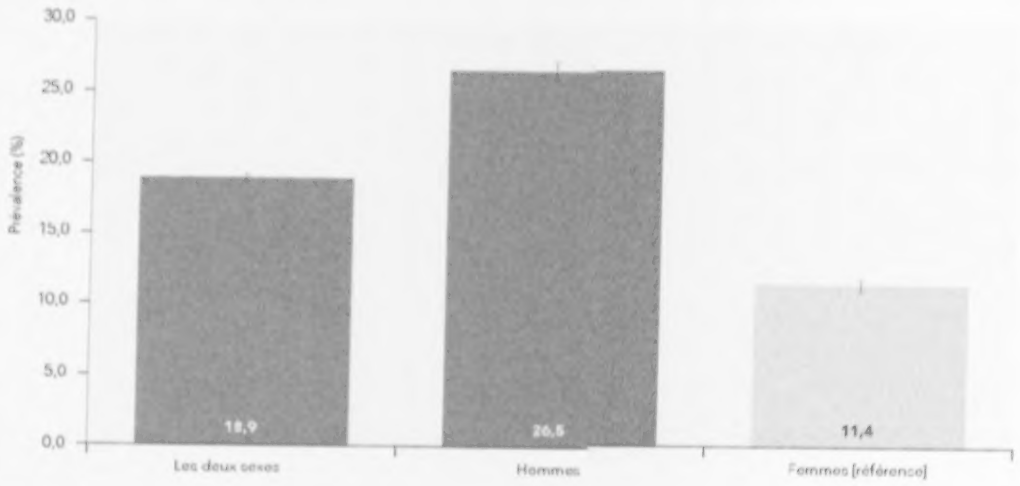
> Si les hommes affichaient la même prévalence que les femmes, la consommation abusive chez les hommes serait réduite de 57,1 %.

Peuples autochtones

La prévalence de la consommation élevée d'alcool chez les adultes autochtones était plus élevée que la prévalence chez les adultes non autochtones. Chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, la prévalence de consommation abusive était de 23,9 % (IC à 95 % : 21,6–26,1 %). Cette prévalence est 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,4) fois plus élevée que chez les adultes non autochtones; cela signifie que 18,7 % (IC à 95 % : 18,3–19,0 %), ou 5,2 adultes de plus pour 100 personnes, avaient une consommation abusive (figure 2).

FIGURE 1

Consommation élevée d'alcool selon le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2012



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Hommes	2,3*	15,2*	57,1*	39,5*	7,4*	1 990 120*
Femmes [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois à plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2012

Si la prévalence de la consommation abusive chez les adultes des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves était la même que chez les adultes non autochtones, la prévalence de consommation abusive serait 21,7 % (IC à 95 % : 14,1–29,9 %) plus faible chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve. Il y aurait alors 21 310 (IC à 95 % : 11 810–30 820) buveurs excessifs de moins au Canada.

La prévalence de la consommation abusive chez les Métis et les Inuits était similaire à celle des Premières Nations vivant hors réserve, à 26,1 % (IC à 95 % : 23,4–28,8 %) et 24,0 % (IC à 95 % : 18,8–29,3 %), respectivement.

L'inégalité dans la prévalence de la consommation abusive en fonction de l'identité autochtone était plus prononcée chez les femmes. Alors que la prévalence chez les hommes des Premières Nations vivant hors réserve était 1,2 (IC à 95 % : 1,0–1,3) fois plus élevée que celle des hommes non autochtones, les femmes des Premières Nations vivant hors réserve présentaient une prévalence de consommation abusive 1,6 (IC à 95 % : 1,4–1,9) fois plus élevée que celle des femmes non autochtones.

La prévalence de la consommation abusive chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord était de 32,3 % (IC à 95 % : 31,1–33,5 %) (données de l'ERS de 2008 à 2010); chez les adultes non autochtones, elle était de 18,7 % (IC à 95 % : 18,3–19,0 %) (données de l'ESCC de 2010 à 2012)[40]. Cette inégalité est plus marquée chez les femmes : la prévalence de la consommation abusive chez les femmes des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord était de 26,4 % (IC à 95 % : 24,9–27,9 %); chez les femmes non autochtones, elle était de 11,2 % (IC à 95 % : 10,8–11,6 %).

Origine culturelle ou raciale

La consommation abusive était beaucoup plus répandue chez les adultes de blancs, avec 21,7 % (IC à 95 % : 21,3–22,1 %), que chez les autres groupes culturels ou raciaux. Par exemple, la prévalence de la consommation abusive chez les Canadiens noirs, asiatiques de l'Est et du Sud-Est, asiatiques du Sud et, arabes et asiatiques de l'Ouest se situait entre 6,1 % et 7,3 % (annexe 1). Les plus importantes différences relatives à l'origine culturelle ou raciale ont été observées entre les femmes asiatiques et les femmes blanches : moins de 3,0 % des femmes asiatiques étaient des buveuses excessives comparativement à 13,4 % des femmes blanches. À 14,6 % (IC à 95 % : 10,6–18,6 %), la consommation abusive chez les adultes latino-américains représentait 0,7 (IC à 95 % : 0,5–0,9) fois celle les adultes blancs. Dans ce groupe de population, la prévalence de consommation abusive était de 4,7 % (IC à 95 % : 2,4–7,0 %) chez les femmes et de 23,3 % (IC à 95 % : 16,3–30,3 %) chez les hommes (figure 3).

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

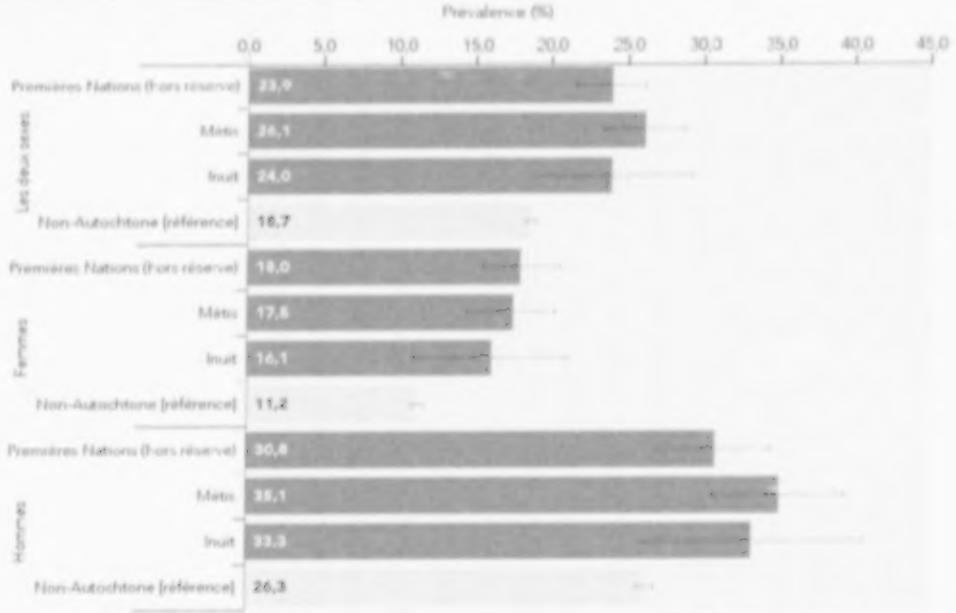
La prévalence de consommation abusive chez les adultes qui s'identifient comme bisexuels était 1,2 (IC à 95 % : 1,0–1,4) fois plus élevée que chez les adultes qui s'identifient comme hétérosexuels (annexe 1).

Si la prévalence chez les adultes bisexuels était aussi faible que celle des adultes hétérosexuels, la prévalence de consommation abusive serait 16,2 % (IC à 95 % : 3,2–29,3 %) moins élevée chez les adultes bisexuels. Il y aurait ainsi 9 130 (IC à 95 % : 310–17 960) buveurs excessifs de moins au Canada.

40. Les données de l'ERS sur la prévalence sont présentées parallèlement aux données de l'ESCC, afin de montrer l'ampleur approximative de l'inégalité entre, d'une part, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et, d'autre part, la population non autochtone. À cause des limites méthodologiques, les mesures de l'inégalité n'ont pas été calculées pour l'ensemble des données de l'ERS.

FIGURE 2

Consommation élevée d'alcool selon l'identité autochtone et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2012

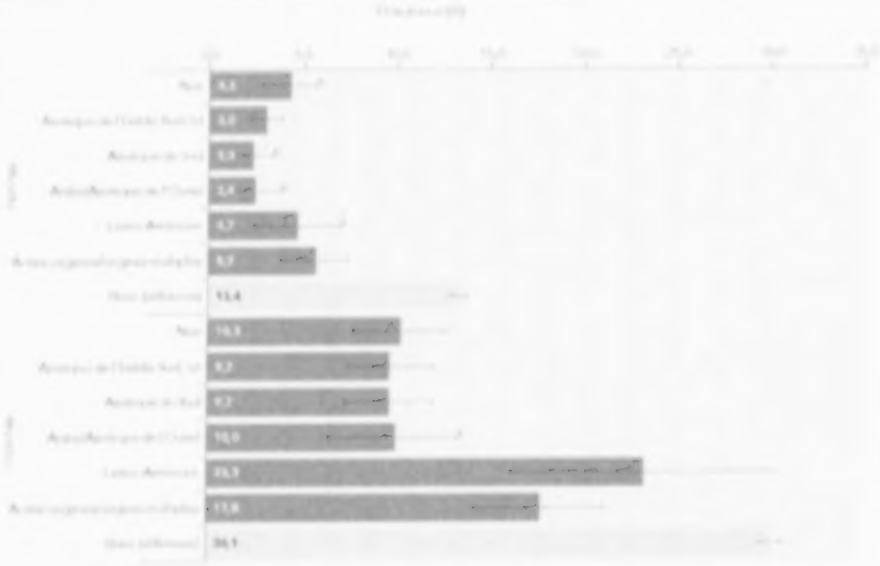


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPR*)
Premières Nations (hors réserve)	1,3*	5,2*	21,7*	0,4*	0,1*	21 310*
Métis	1,4*	7,4*	28,3*	0,5*	0,1*	27 470*
Inuit	1,3*	5,7*	22,2*	0,0	0,0	1 550
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Premières Nations (hors réserve)	1,6*	6,9*	38,1*	1,0*	0,1*	15 120*
Métis	1,6*	6,3*	36,0*	0,8*	0,1*	12 190*
Inuit	1,4	4,9	30,6*	0,0*	0,0*	420*
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Premières Nations (hors réserve)	1,2*	4,4*	14,4*	0,2*	0,1*	8 520*
Métis	1,3*	8,7*	24,9*	0,4*	0,1*	15 520*
Inuit	1,3	7,0	20,9*	0,0*	0,0*	1 150*
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

I : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le fractionnement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois à plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Composante annuelle 2010-2012

FIGURE 3

Consommation élevée d'alcool selon l'origine culturelle ou raciale et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2012



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
FEMMES						
Noir	0,3**	−9,1**	NA	NA	NA	NA
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	0,2*	−10,3*	NA	NA	NA	NA
Asiatique du Sud	0,2**	−11,0**	NA	NA	NA	NA
Arabe/Asiatique de l'Ouest	0,2**	−11,0**	NA	NA	NA	NA
Latino-Américain	0,4**	−8,1**	NA	NA	NA	NA
Autres origines/origines multiples	0,4*	−7,7*	NA	NA	NA	NA
Blanc (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Noir	0,3*	−19,8*	NA	NA	NA	NA
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	0,3*	−20,4*	NA	NA	NA	NA
Asiatique du Sud	0,3*	−20,4*	NA	NA	NA	NA
Arabe/Asiatique de l'Ouest	0,3**	−20,1**	NA	NA	NA	NA
Latino-Américain	0,8	−4,8	NA	NA	NA	NA
Autres origines/origines multiples	0,6*	−12,3*	NA	NA	NA	NA
Blanc (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

† : À interpréter avec prudence
NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée à l'aide du Recensement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois ou plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle, 2010–2012

La prévalence de consommation abusive chez les adultes qui s'identifient comme lesbiennes ou gais était de 30,2 % (IC à 95 % : 26,3–34,1 %), soit 1,3 (IC à 95 % : 1,1–1,5) fois plus élevée que chez les adultes hétérosexuels. Si la prévalence de ces deux populations était égale, la prévalence de consommation abusive serait 22,7 % (IC à 95 % : 12,4–33,0 %) moins élevée chez les adultes lesbiennes ou gais, et il y aurait 17 420 (IC à 95 % : 6 950–27 880) buveurs excessifs de moins au Canada.

Les inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool en fonction de l'orientation sexuelle étaient plus prononcées chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes bisexuelles ou lesbiennes, la prévalence de consommation élevée d'alcool était respectivement 1,7 (IC à 95 % : 1,3–2,1) et 1,6 (IC à 95 % : 1,2–2,0) fois plus élevée que celle des femmes hétérosexuelles. La prévalence de consommation abusive était sensiblement la même chez les hommes gais ou bisexuels que chez les hétérosexuels.

Statut d'immigrant

La prévalence de consommation abusive était plus élevée chez les adultes non immigrants, avec 21,9 % (IC à 95 % : 21,6–22,3 %). La prévalence de consommation abusive était plus faible chez les immigrants récents (≤ 10 ans au Canada), avec 6,7 % (IC à 95 % : 4,9–8,5 %). Cela signifie que la prévalence de buveurs excessifs est 15,2 % moins élevée chez les immigrants récents que chez les adultes non immigrants (figure 4). Chez les immigrants de longue date (> 10 ans au Canada), la prévalence de consommation abusive était de 11,0 % (IC à 95 % : 10,0–12,0 %).

Les différences dans la prévalence de consommation abusive en fonction du statut d'immigrant étaient plus prononcées chez les femmes que chez les hommes. Seulement 3,0 % (IC à 95 % : 2,1–3,9 %) des femmes récemment immigrées ont indiqué une consommation abusive comparativement à 13,5 % (IC à 95 % : 13,1–14,0 %) des femmes non immigrante. Chez les hommes, 10,8 % (IC à 95 % : 7,4–14,3 %) des immigrants récents ont déclaré une consommation abusive, comparativement à 30,4 % (IC à 95 % : 29,8–31) des non-immigrants.

Revenu

La prévalence de consommation abusive augmentait proportionnellement avec le revenu. La prévalence de consommation abusive chez les Canadiens qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé était de 24,4 % (IC à 95 % : 23,7–25,2 %), comparativement à 14,4 % (IC à 95 % : 13,7–15,3 %) chez les Canadiens qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas. Cela représente 10,0 buveurs excessifs de moins chez les personnes ayant les revenus les plus faibles que chez les personnes ayant les revenus les plus élevés, pour 100 adultes canadiens (figure 5).

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

La prévalence de consommation élevée d'alcool était la plus faible chez les diplômés universitaires, soit 14,7 % (IC à 95 % : 14,1–15,4 %). La prévalence de consommation abusive était de 20,7 % (IC à 95 % : 19,5–21,8 %) chez les personnes sans diplôme d'études secondaires, de 19,3 % (IC à 95 % : 18,5–20,2 %) chez les personnes ayant un diplôme d'études secondaires, de 21,2 % (IC à 95 % : 19,7–22,7 %) chez les personnes ayant fait des études postsecondaires partielles et de 20,0 % (IC à 95 % : 19,4–20,5 %) chez les personnes détenant un certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université (figure 6).

Chez les adultes qui ont fait des études postsecondaires partielles, la prévalence de consommation abusive était 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,6) fois plus élevée que chez les diplômés universitaires. Si la prévalence de consommation abusive chez les adultes qui ont fait des études postsecondaires partielles et chez les diplômés universitaires étaient identiques, il y aurait 103 360 (IC à 95 % : 77 180–129 540) buveurs excessifs de moins au Canada.

FIGURE 4

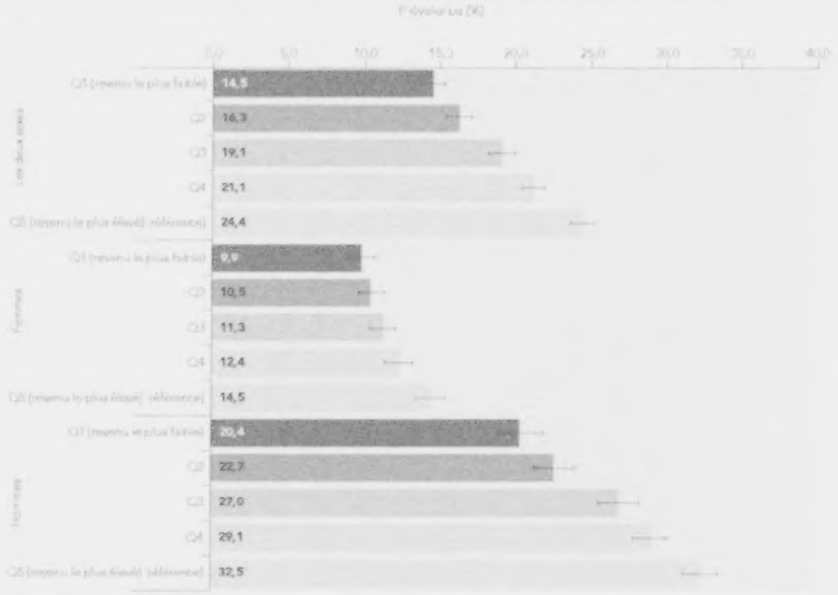
Consommation élevée d'alcool selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2012

LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,3*	−15,2*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,5*	−10,9*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,2*	−10,6*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,4*	−8,2*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Immigrant récent (≤10 years in Canada)	0,4*	−19,6*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,6*	−13,7*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois à plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2012

FIGURE 5

Consommation élevée d'alcool selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2012

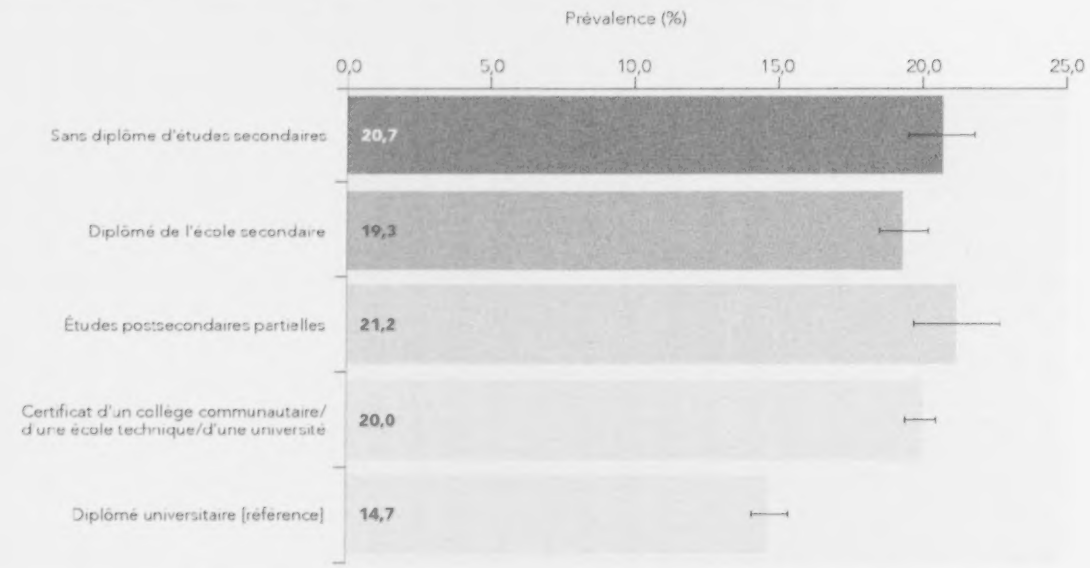


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	0,6*	−10,0*	NA	NA	NA	NA
Q2	0,7*	−8,2*	NA	NA	NA	NA
Q3	0,8*	−5,3*	NA	NA	NA	NA
Q4	0,9*	−3,3*	NA	NA	NA	NA
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	0,7*	−4,6*	NA	NA	NA	NA
Q2	0,7*	−4,0*	NA	NA	NA	NA
Q3	0,8*	−3,2*	NA	NA	NA	NA
Q4	0,9*	−2,1*	NA	NA	NA	NA
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	0,6*	−12,0*	NA	NA	NA	NA
Q2	0,7*	−9,7*	NA	NA	NA	NA
Q3	0,8*	−5,5*	NA	NA	NA	NA
Q4	0,9*	−3,4*	NA	NA	NA	NA
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois à plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2012

FIGURE 6

Consommation élevé d'alcool selon le niveau de scolarité, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2012



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	1,4*	6,0*	28,8*	4,3*	0,8*	206 320*
Diplôme de l'école secondaire	1,3*	4,6*	23,9*	4,1*	0,8*	198 620*
Études postsecondaires partielles	1,4*	6,5*	30,5*	2,1*	0,4*	103 360*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	1,4*	5,2*	26,3*	10,5*	2,0*	511 080*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois à plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2012

Si la prévalence de consommation excessive chez les adultes qui n'ont pas de diplôme universitaire était la même que celle des diplômés universitaires, il y aurait 1 019 380 buveurs excessifs de moins au Canada.

Situation d'emploi et profession

La plus faible prévalence de consommation abusive de tous les groupes de situation d'emploi a été observée chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler, soit 10,0 % (IC à 95 % : 8,0–12,1 %). La deuxième plus faible a été observée chez les personnes qui n'avaient pas d'emploi et qui n'en cherchaient plus, avec 13,7 % (IC à 95 % : 12,9–14,5). La prévalence de consommation abusive chez les personnes qui avaient un emploi et chez celles qui n'avaient pas d'emploi mais qui en cherchaient un était plus élevée, soit 21,8 % (IC à 95 % : 21,3–22,2 %) et 21,8 % (IC à 95 % : 20,0–23,6 %), respectivement. Comparativement aux adultes ayant un emploi, il y avait 11,8 (IC à 95 % : −13,8 à −9,7) cas de consommation abusive de moins pour 100 personnes chez ceux ayant une incapacité permanente de travailler et 8,1 (IC à 95 % : −9,0 à −7,1) cas de consommation abusive de moins pour 100 personnes chez ceux qui ne cherchent plus d'emploi (figure 7).

La prévalence de consommation élevée d'alcool était la plus élevée chez les gestionnaires, soit 23,0 % (IC à 95 % : 21,6–24,4 %), et chez les personnes occupant un emploi spécialisé, technique ou de supervision, à 24,6 % (IC à 95 % : 23,8–25,3 %). Cela représentait, respectivement, une prévalence 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,5) et 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,6) fois plus élevée que les professionnels, chez qui la prévalence de consommation abusive était de 17,2 % (IC à 95 % : 15,8–18,5).

Si les gestionnaires et les personnes occupant un emploi spécialisé, technique ou de supervision avaient la même prévalence de consommation abusive que celle des professionnels, il y aurait une réduction de 25,2 % (IC à 95 % : 17,8–32,7 %) et de 30,0 % (IC à 95 % : 24,3–35,8 %) de la consommation abusive, respectivement. Cela se traduirait par 106 770 (IC à 95 % : 71 750–141 790) et 445 790 (IC à 95 % : 355 020–536 550) buveurs excessifs de moins au Canada.

Si les personnes occupant des postes de gestion et spécialisés, techniques ou de supervision déclaraient la même prévalence de consommation abusive que les professionnels, il y aurait une réduction de 25,2 % et 30,0 % de la consommation abusive dans ces groupes, respectivement.

Résidence en milieu urbain ou rural

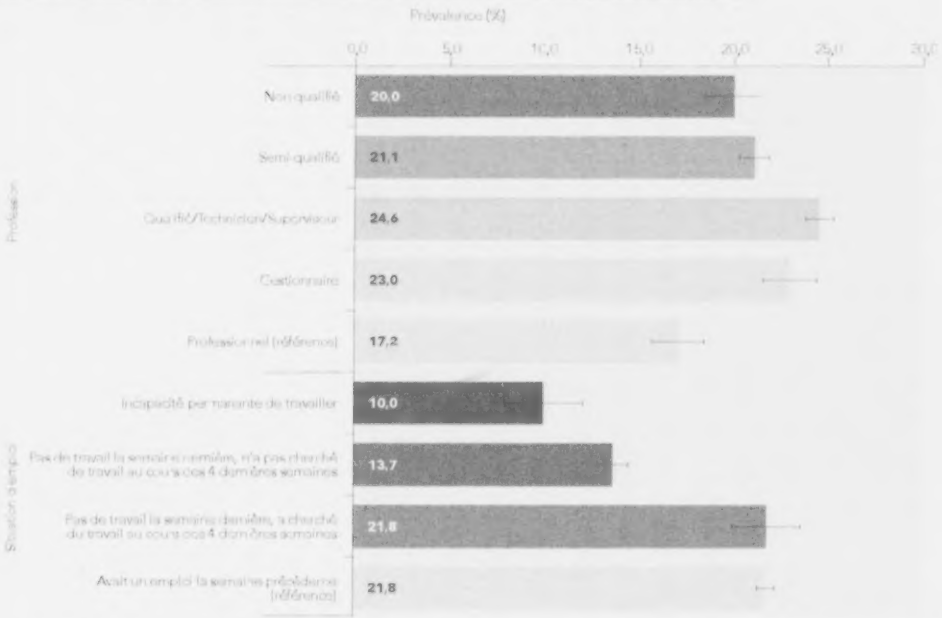
Comparativement aux grands centres urbains, la prévalence de consommation élevée d'alcool était plus élevée chez les adultes vivant dans les régions éloignées[41], soit 22,2 % (IC à 95 % : 21,1–23,3 %), et plus faible chez les adultes vivant dans les régions métropolitaines de Toronto, de Montréal et de Vancouver, soit 15,1 % (IC à 95 % : 14,5–15,8 %) (annexe 1).

Si la prévalence chez les personnes vivant dans les régions éloignées était la même que chez les personnes qui vivent dans les grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver), il y aurait 23 360 (IC à 95 % : 2 270–44 450) buveurs excessifs de moins au Canada.

41. Pour obtenir la définition des sous-groupes ruraux et urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 7

Consommation élevée d'alcool selon la profession et la situation d'emploi, Canada, âges 18–75 ans, 2010–2012



PROFESSION	RATIO DE PRÉVALENCE (RF)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Non qualifié	1,2*	2,8*	13,9*	1,0*	0,2*	49 260*
Semi-qualifié	1,2*	3,9*	18,5*	3,8*	0,8*	183 150*
Qualifié/Technicien/Superviseur	1,4*	7,4*	30,0*	9,1*	1,8*	445 790*
Gestionnaire	1,3*	5,8*	25,2*	2,2*	0,4*	106 770*
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
SITUATION D'EMPLOI						
Incapacité permanente de travailler	0,5*	−11,8*	NA	NA	NA	NA
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	0,6*	−8,1*	NA	NA	NA	NA
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,0	0,0	NA	NA	0,0	NA
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
La consommation élevée d'alcool signifie avoir pris cinq consommations ou plus à une occasion, une fois par mois à plus d'une fois par semaine, au cours de la dernière année.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2012

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool au sein des divers groupes de population socioéconomiques et sociodémographiques constituent une mesure de référence exhaustive des inégalités au Canada. Les lacunes et limites des données doivent être prises en compte afin de mieux comprendre l'ampleur estimative des inégalités, et pour toute comparaison potentielle ou suivi ultérieur des résultats présentés.

Puisque les données de l'ESCC et de l'ERS sont autodéclarées, la mesure de la consommation abusive pourrait être sous-estimée. Lorsque les données de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2008–2010 ont été ajustées pour tenir compte de la sous-déclaration, la proportion de Canadiens s'adonnant à la consommation à risque est passée de 16,7 % à 38,6 % pour les préjudices à court terme et de 6,8 % à 27,3 % pour les préjudices à long terme (9). En outre, les données utilisées dans le présent chapitre n'illustrent qu'un aspect de la consommation d'alcool, à savoir la consommation de 5 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de la dernière année. La fréquence de consommation par mois des Canadiens et le nombre de verres qu'ils consomment au-delà des 5 premiers à chaque occasion n'ont pas été étudiés. Une consommation d'alcool inférieure au seuil des 5 verres peut également excéder les lignes directrices relatives à la consommation sécuritaire et entraîner des effets néfastes sur la santé. De plus, les données sur les effets néfastes de la consommation d'alcool n'ont pas été recueillies. Par conséquent, les inégalités relatives aux effets néfastes de la consommation abusive ne sont pas illustrées ici.

Les données présentées sont de nature transversale et n'illustrent pas les changements dans la consommation d'alcool individuelle, par exemple. Les données n'illustrent pas non plus les autres caractéristiques potentiellement modifiables comme l'emploi, le niveau de scolarité ou le revenu. Cependant, elles illustrent l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Le fardeau disproportionné de la forte consommation d'alcool dans ces groupes dépend d'un système complexe de facteurs sociaux et structurels qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (8), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

De plus, les mesures quantifient les inégalités que connaissent des groupes sociaux qui sont définis par de grandes catégories présumées distinctes. Les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici. La répartition inégale de la prévalence de la consommation élevée d'alcool au sein de grands groupes sociaux n'est pas non plus explorée. Il se peut que certaines inégalités ne soient pas relevées en raison de données manquantes. Dans d'autres cas, les petits nombres font en sorte que les données doivent être interprétées avec prudence.

DISCUSSION

La consommation élevée d'alcool constitue un problème de santé publique au Canada : un cinquième des adultes canadiens ont bu 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de la dernière année. La consommation excessive d'alcool est associée à un fardeau sur la santé et un fardeau économique importants. Les inégalités les plus marquées sur le plan de la consommation abusive d'alcool ont été observées en fonction du sexe ou du genre, du revenu, du niveau de scolarité, de l'identité autochtone et de la profession.

La prévalence de consommation abusive était plus de deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et les données indiquent un constat similaire à l'échelle mondiale (10). Il est important de noter

que la définition de « consommation élevée d'alcool » utilisée par l'ESCC a été mise à jour en 2013 afin de se conformer aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé Canada. La quantité a été réduite à 4 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de la dernière année pour les femmes, mais elle est demeurée la même pour les hommes (11). La prévalence de consommation abusive chez les femmes est donc sous-estimée dans le présent chapitre. Les inégalités relatives à la consommation d'alcool des hommes et des femmes reflètent les rôles sexuels, comme une plus forte tendance à prendre des risques chez les hommes qui est associée à une consommation d'alcool plus élevée, et les attentes culturelles, comme une plus grande acceptation publique de l'intoxication à l'égard des hommes que des femmes (12).

La prévalence de la consommation élevée d'alcool chez les femmes bisexuelles et lesbiennes était, respectivement, 1,7 et 1,6 fois plus élevée que celle des femmes hétérosexuelles. La prévalence accrue de consommation abusive chez les femmes lesbiennes ou bisexuelles comparativement aux femmes hétérosexuelles, mais pas chez les hommes gais ou bisexuels comparativement aux hommes hétérosexuels, a également été observée aux États-Unis (13) et dans d'autres pays (12). Ces inégalités relatives à la consommation abusive selon l'orientation sexuelle peuvent être dues, en partie, aux facteurs de stress découlant du fait d'être une minorité sexuelle, notamment la victimisation, les préjugés et l'homophobie intériorisée, et aux mécanismes d'adaptation négatifs qui en résultent (12). Le « paradoxe des genres » du risque accru chez les femmes lesbiennes ou bisexuelles, mais pas chez les hommes gais ou bisexuels a été attribué à un rejet des rôles sexuels traditionnels et des attentes relatives à la consommation d'alcool par les minorités sexuelles (12).

Comparativement aux adultes non autochtones, la prévalence de consommation abusive était plus élevée chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves, dans les collectivités du Nord et à l'extérieur des réserves, et chez les adultes métis et inuits. Ce schéma d'inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool est observé ailleurs; par exemple, on a constaté que les Autochtones d'Australie sont 1,5 fois plus susceptibles de consommer de l'alcool à des niveaux risqués que les Australiens non autochtones (14). De nombreuses communautés autochtones, au Canada et dans d'autres pays, font face à un taux de chômage élevé, à de mauvaises conditions d'hébergement et à des services de soins de santé inadéquats, ainsi qu'à l'isolement, à la pauvreté, à la stigmatisation et à des obstacles linguistiques. Ces difficultés, ainsi que les effets transgénérationnels de la colonisation, de la perte de l'identité culturelle et des pensionnats indiens, peuvent mener à une probabilité accrue d'abus d'alcool ou d'autres drogues (15) (encadré 1).

Parallèlement, il est important de reconnaître que les tendances de consommation d'alcool varient également au sein des populations autochtones. En fait, le rapport national de l'ERS 2008-2010 a indiqué que les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord s'abstenaient de boire de l'alcool plus fréquemment que la population non autochtone (16). Bien que la prévalence de consommation d'alcool ne soit pas standardisée en fonction de l'âge dans ce rapport, plus d'un tiers (35,3 %) des membres des Premières Nations interrogés s'abstenaient de boire de l'alcool, comparativement à moins d'un quart (23,0 %) de la population générale du Canada (17). De même, une autre étude indique que les taux d'abstinence d'alcool déclarés chez les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et les Inuits (12 ans et plus) étaient plus élevés que chez les non-Autochtones, avec 30,9 % et 37,6 %, respectivement; aussi, ils n'avaient pas bu au cours de la dernière année comparativement à 23,5 % de la population non autochtone. En ce qui concerne les Métis, le pourcentage comparable était de 24,9 % (18). De même, en 2010, les Autochtones d'Australie étaient 1,4 fois plus susceptibles que les Australiens non autochtones de s'abstenir de boire de l'alcool (14).

ENCADRÉ 1
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Le traumatisme historique lié aux politiques gouvernementales discriminatoires, notamment la séparation forcée de la famille et de la culture (p. ex. pensionnats indiens), s'est transmis entre les générations, de sorte que de nombreux membres des Premières Nations d'aujourd'hui sont confrontés à de la discrimination systémique et de la victimisation (p. ex. racisme, violence), et éprouvent des sentiments de détachement, de manque d'appartenance et de méfiance (p. ex. à l'égard des institutions gouvernementales) (19 à 21). Ces expériences traumatisantes peuvent causer des niveaux de stress élevés, de la maladie mentale et une propension aux formes d'adaptation inappropriées, notamment l'abus d'alcool (22,23). Le caractère isolé et la petite taille de nombreuses communautés de Premières Nations constituent souvent un obstacle au développement socioéconomique, notamment en ce qui concerne les possibilités d'emploi et l'accès aux services de soins de santé. Plus particulièrement, les services de santé mentale qui pourraient aider les membres des Premières Nations à se doter de moyens appropriés de composer avec le stress et les traumatismes sont souvent inaccessibles, inappropriés sur le plan culturel ou difficilement accessibles (en raison des distances géographiques ou des obstacles financiers) (19,24). La normalisation de la consommation d'alcool et le détachement des pratiques parentales traditionnelles, combinés à une faible littératie en santé et à des soins prénataux de piètre qualité, peuvent également contribuer à des taux plus élevés d'abus d'alcool (25,26). Les taux élevés de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), disproportionnés chez les Premières Nations, sont le résultat d'une forte consommation d'alcool pendant la grossesse, laquelle nuit au développement du fœtus (27). Le SAF cause divers effets permanents (p. ex. retard cognitif, troubles du langage, anomalies physiques) qui à leur tour augmentent la probabilité d'abus d'alcool à toutes les étapes de la vie (27).

La consommation abusive ne suit pas le même gradient d'inégalité socioéconomique que celui habituellement observé pour les autres indicateurs. Les Canadiens vivant avec des revenus faibles présentaient la prévalence la plus faible de consommation abusive, alors que ceux vivant avec des revenus élevés présentaient la prévalence la plus élevée. De même, au Royaume-Uni, la consommation d'alcool n'a pas augmenté avec l'augmentation de la défavorisation économique, et la consommation d'alcool la plus faible a été observée chez les personnes ayant les revenus les moins élevés (28).

Cependant, la documentation publiée semble indiquer que même si la consommation d'alcool et le revenu ne suivent pas la même tendance que les autres indicateurs de la santé, les effets néfastes de la consommation d'alcool sont concentrés chez ceux qui vivent avec un revenu faible (29). Un examen systématique et une méta-analyse ont permis de déterminer que chez les groupes ayant un faible statut socioéconomique, le taux de mortalité lié à l'alcool est 1,5 à 2,0 fois plus élevé que le taux lié aux autres causes de mortalité (30). En Australie, les personnes des groupes ayant un statut socioéconomique faible subissaient davantage les méfaits de l'alcool que les personnes des groupes ayant un statut socioéconomique plus élevé pour la même quantité d'alcool consommée (4). En outre, le fait d'être touché en même temps par d'autres types de désavantages économiques est associé à de plus grandes inégalités en ce qui concerne les méfaits liés à la consommation l'alcool.

Il n'y avait pas de gradient clair entre la consommation élevée d'alcool et le niveau de scolarité. Des études antérieures sur le niveau de scolarité et la consommation d'alcool problématique se sont avérées

incohérentes; certaines études ont révélé une association positive (31,32) et d'autres, une association inverse (33,34). Toutefois, des différences cohérentes ont été observées relativement aux tendances d'hyperalcoolisation rapide en fonction du niveau de scolarité. Aux États-Unis, par exemple, bien que les décrocheurs du secondaire ont indiqué une prévalence plus faible d'hyperalcoolisation rapide que leurs homologues qui avaient terminé leurs études secondaires, les adeptes de cette pratique qui n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires consommaient plus de verres par épisode d'hyperalcoolisation rapide que ceux qui avaient au moins un diplôme d'études secondaires (35). Les groupes moins instruits étaient également plus susceptibles de déclarer des conséquences négatives de la consommation d'alcool que les groupes plus instruits, même lorsque le profil de consommation était pris en compte (36).

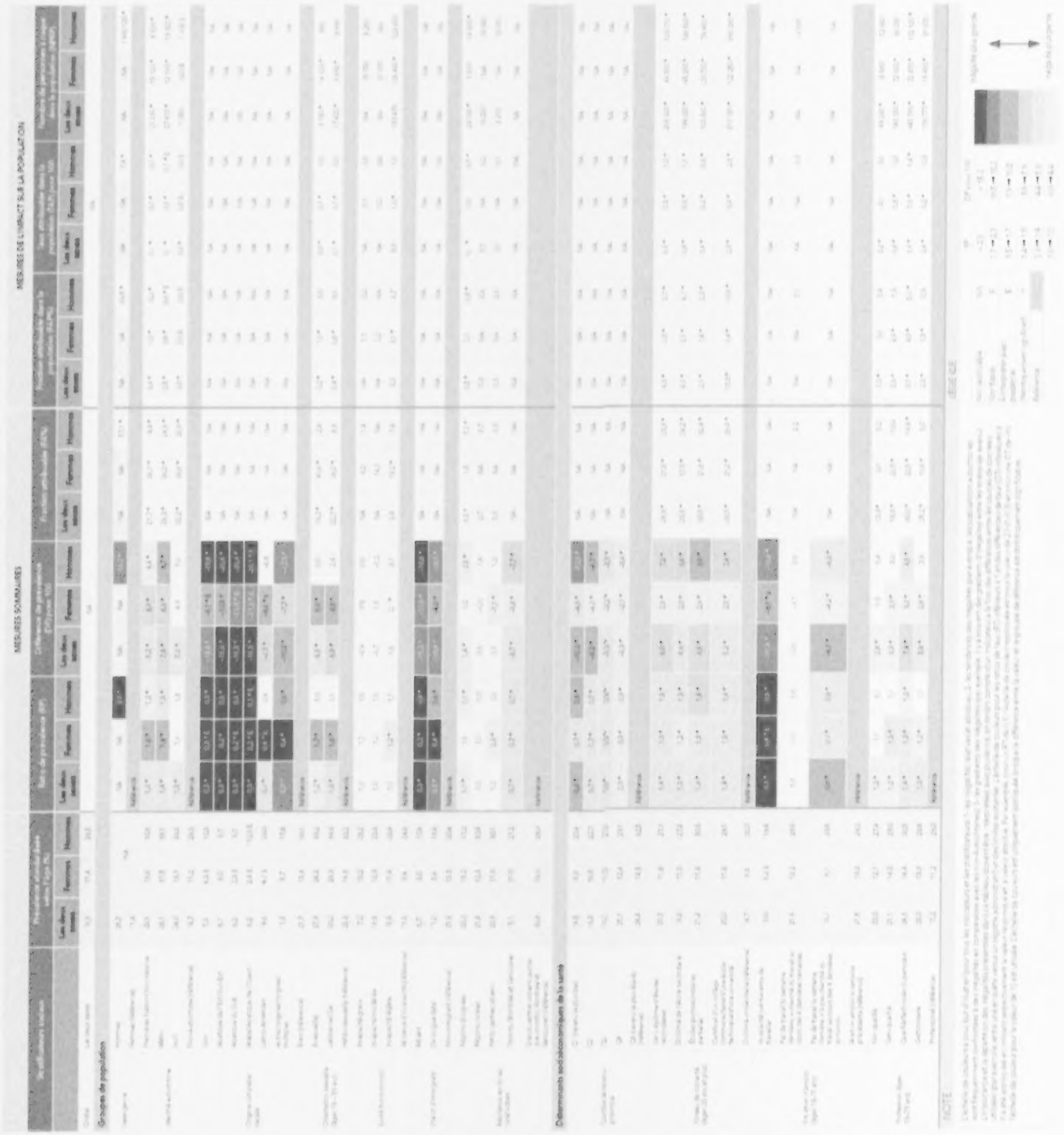
Les personnes occupant des emplois de gestion ou de supervision sont celles qui affichaient la plus forte prévalence de consommation abusive selon la catégorie professionnelle. Les inégalités relatives à la consommation élevée d'alcool en fonction de la profession pourraient être attribuables aux caractéristiques de l'emploi. Par exemple, un niveau élevé de soutien social en milieu de travail, la motivation professionnelle et la satisfaction au travail ont été associés à une faible consommation d'alcool, alors que le stress professionnel, le surmenage, les heures de travail prolongées, le harcèlement et l'insécurité d'emploi ont été associés à une consommation élevée d'alcool (1).

Les Canadiens de race blanche présentaient des taux de consommation abusive beaucoup plus élevés que les personnes appartenant aux autres groupes culturels. Aux États-Unis, bien que la prévalence de consommation abusive ait été plus faible chez les Américains noirs et hispaniques que chez les Américains de race blanche, leur risque de conséquences négatives et de dépendance était plus élevé (37).

Les taux de consommation abusive étaient également beaucoup plus élevés chez les non-immigrants que chez les immigrants récents ou de longue date. Bien que les tendances de comportement lié à la santé des immigrants finissent généralement par refléter les tendances des résidents du pays hôte, des facteurs comme la durée de résidence, l'âge au moment de l'immigration et le pays d'origine contribuent tous à modérer cette relation (38). Même si d'autres recherches révèlent des taux déclarés de consommation d'alcool plus faibles chez les immigrants que chez les adultes nés au Canada, la consommation d'alcool en fonction de la durée de résidence au Canada variait selon le pays d'origine (38).

Malgré le fait que de nombreux Canadiens boivent de manière responsable, la consommation élevée d'alcool est établie comme l'un des principaux facteurs de risque de décès et d'invalidité (2). Les inégalités relatives à la prévalence de la consommation élevée d'alcool sont évidentes pour plusieurs stratificateurs sociaux, notamment le genre, la profession, l'orientation sexuelle et l'identité autochtone. Bien que moins courante chez les immigrants, chez les groupes culturels ou raciaux identifiés et chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler, la prévalence de consommation élevée d'alcool augmente avec le revenu selon un gradient clair. Même si les gens les plus instruits semblent consommer de l'alcool de manière plus modérée que ceux des autres niveaux de scolarité, il n'y a aucun gradient semblable apparent. Les facteurs individuels influencent les profils de consommation d'alcool; toutefois ces derniers sont largement déterminés par l'environnement social et physique. La mesure des inégalités aide à orienter et à renforcer les interventions visant à réduire les différences observées et les répercussions qui sont associées à la consommation élevée d'alcool. Cependant, s'attaquer à ces inégalités exigera également des interventions sous forme de politiques touchant la tarification et la taxation, les lois sur l'âge minimum et la publicité sur l'alcool (1). La surveillance continue des inégalités en santé entre les groupes sociodémographiques et socioéconomiques permettra de déterminer comment ils évoluent au fil du temps en vue de guider les programmes, les politiques et la recherche.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour la consommation élevée d'alcool.
Source des données : ESCC 2010–2012



Références

(1) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2015 : la consommation d'alcool au Canada [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2015-consommation-alcool-canada.html.

(2) Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD profile: Canada [Internet]. Seattle : Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_canada.pdf.

(3) Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fische B, Gnam W, Patra J, *et al.* Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2006, 1-14.

(4) Roche A, Kostadinov V, Fischer J, Nicholas R, O'Rourke K, Pidd K, *et al.* Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. Health Promot Internation. 2015;30(suppl_2):ii20-35.

(5) Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, *et al.* Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. Am J Public Health. 2013;103(11):2014-20.

(6) Stockwell T, Zhao J, Macdonald S, Vallance K, Gruenewald P, Ponicki W, *et al.* Impact on alcohol related mortality of a rapid rise in the density of private liquor outlets in British Columbia: a local area multi level analysis. Addiction. 2011;106(4):768-76.

(7) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : Rapport technique : Révisé en juillet 2016 [Internet]. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2016 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_fr.pdf.

(8) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(9) Zhao J, Stockwell T, Thomas G. An adaptation of the Yesterday Method to correct for under-reporting of alcohol consumption and estimate compliance with Canadian low-risk drinking guidelines. Can J Public Health. 2015;106(4):204-9.

(10) Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. Addiction. 2009;104(9):1487-500.

(11) Statistique Canada [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2015. Consommation abusive d'alcool, 2013 [mise à jour le 27 novembre 2015; page consultée le 15 février 2017], [environ 3 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14019-fra.htm#n1.

(12) Hughes TL, Wilsnack SC, Kantor LW. The influence of gender and sexual orientation on alcohol use and alcohol-related problems: Toward a global perspective. Alcohol Res. 2016;38(1):121-32.

(13) Operario D, Gamarel KE, Grin BM, Lee JH, Kahler CW, Marshall BD, et al. Sexual minority health disparities in adult men and women in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2010. Am J Public Health. 2015 10/01; 2017/08;105(10):e27-34.

(14) Australian Institute of Health and Welfare. 2010 National drug strategy household survey report [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2011 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=32212254712.

(15) Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [Internet]. Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2016. Premières Nations, Inuits et Métis [mise à jour en 2017, page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.ccsa.ca/fra/topics/first-nations-inuit-and-metis/pages/default.aspx.

(16) Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations [Internet]. Ottawa : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2012 [page consultée le 10 avril 2017]. Accessible à l'adresse : http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/rhs_phase_2_2008_2010_fr_final_0.pdf.

(17) Santé Canada [Internet]. Ottawa : Santé Canada; 2012. Préoccupations liées à la santé : Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2010 [mise à jour le 3 juillet 2017; page consultée le 15 février 2017], [environ 7 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/summary-sommaire-eng.php#alc.

(18) Kelly-Scott K and Smith K. Les peuples autochtones : Feuillet d'information du Canada [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2015 [page consultée le 25 octobre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-656-x/89-656-x2015001-fra.pdf.

(19) Nelson S. Remise en question des hypothèses cachées : Les normes coloniales en tant que déterminants de la santé mentale des Autochtones [Internet]. Prince George : National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2012 [page consultée le 29 avril 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-ColonialNorms-Nelson-FR.pdf.

(20) Loppie S, Reading C, de Leeuw S. L'effet du racisme sur les Autochtones et ses conséquences [Internet]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2014 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-AboriginalExperiencesRacismImpacts-Loppie-Reading-deLeeuw-FR.pdf.

(21) Statistique Canada [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2016. La victimisation chez les Autochtones au Canada, N° 85-002-X au catalogue [mise à jour le 28 juin 2016; page consultée le 23 mars 2017], [environ 24 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14631-fra.htm.

(22) Chansonneuve D. Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada [Internet]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison; 2007 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.fadg.ca/downloads/addictive-behaviours.pdf.

(23) Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. The Canadian Journal of Psychiatry. 2000;45(7):607-16.

(24) Leyland A, Smylie J, Cole M. *et al.* Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts [Internet]. Mississauga : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2016 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/_PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf.

(25) Chiefs of Ontario. Ontario regions First Nations addictions service assessment [Internet]. Toronto: Chiefs of Ontario; 2009 [page consultée le 29 septembre 2017], accessible à l'adresse : http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/Final%20draft%20Addiction%20Service%20Needs%20Assessment%20report.pdf.

(26) Popova S, Lange S, Probst C, Parunashvili N, Rehm J. Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. European journal of medical genetics. 2017;60(1):32-48.

(27) Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2016;387(10022):978-87.

(28) Smith K and Foster J. Alcohol, health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol [Internet]. London: Institute for Alcohol Studies; 2014 [page consultée le 15 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/IAS%20report%20Alcohol%20and%20health%20inequalities%20FULL.pdf.

(29) Makela P, Paljarvi T. Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. J Epidemiol Community Health. 2008 Aug;62(8):728-33.

(30) Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol. 2014;43(4):1314-27.

(31) Slutske WS. Alcohol use disorders among US college students and their non–college-attending peers. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(3):321-7.

(32) Huerta MC, Borgonovi F. Education, alcohol use and abuse among young adults in Britain. Soc Sci Med. 2010;71(1):143-51.

(33) Casswell S, Pledger M, Hooper R. Socioeconomic status and drinking patterns in young adults. Addiction. 2003;98(5):601-10.

(34) Jefferis BJ, Manor O, Power C. Social gradients in binge drinking and abstaining: trends in a cohort of British adults. J Epidemiol Community Health. 2007 Feb;61(2):150-3.

(35) Kanny D, Liu Y, Brewer RD, Lu H. Binge drinking—United States, 2011. MMWR Surveill Summ. 2013;62(Suppl 3):77-80.

(36) Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. Alcohol and alcoholism. 2012;47(5):597-605.

(37) Karriker-Jaffe KJ, CM Roberts S, Bond J. Income inequality, alcohol use, and alcohol-related problems. Am J Public Health. 2013;103(4):649-56.

(38) Agic B, Mann RE, Tuck A, Ialomiteanu A, Bondy S, Simich L, et al. Alcohol use among immigrants in Ontario, Canada. Drug Alcohol Rev. 2016;35(2):196-205.

INÉGALITÉS RELATIVES AU TABAGISME, À L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE ET À L'INCIDENCE DU CANCER DU POUMON AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La prévalence du tabagisme chez les Canadiens adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires est 3,9 fois plus élevée que chez les diplômés universitaires. Chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, l'exposition à la fumée secondaire à la maison est 4,0 fois plus élevée que chez les diplômés universitaires. Cela représente 28,8 fumeurs de plus et 6,6 cas d'exposition à la fumée secondaire à la maison de plus chez les Canadiens adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires que chez les diplômés universitaires, pour 100 adultes.
- La prévalence du tabagisme chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus bas est 1,9 fois plus élevée que la prévalence chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus élevé. De même, la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus bas est 1,7 fois plus élevée que la prévalence chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus élevé. Cela signifie qu'il y a 13,3 fumeurs de plus et 2,3 cas d'exposition à la fumée secondaire à la maison de plus pour 100 adultes chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus bas que chez les adultes qui se situent dans le groupe au revenu le plus élevé.
- Les adultes qui habitent dans les régions où le revenu est le plus faible présentent un taux d'incidence du cancer du poumon 1,7 fois plus élevé que celui des adultes qui habitent dans les régions où le revenu est le plus élevé, tandis que les adultes les moins instruits ont un taux d'incidence du cancer du poumon 1,5 fois plus élevé que celui des adultes les plus instruits. Cela correspond à 36,7 et 29,3 cas de cancer du poumon de plus pour 100 000 adultes chez les adultes qui habitent dans les régions où le revenu est le plus faible et chez les adultes les moins instruits.
- La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison des travailleurs non qualifiés est, respectivement, 2,6 et 2,5 fois plus élevée que celle des professionnels. Cela correspond à 17,4 fumeurs de plus et 3,8 cas d'exposition à la fumée secondaire à la maison de plus pour 100 adultes chez les travailleurs non qualifiés que chez les professionnels. La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler est 1,8 et 2,2 fois plus élevée que celle des adultes qui ont un emploi. Cela représente 17,1 fumeurs de plus et 5,2 cas d'exposition à la fumée secondaire à la maison de plus chez les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler que chez les adultes qui ont un emploi, pour 100 adultes.

- La prévalence du tabagisme chez les Inuits, les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis est respectivement 2,4, 1,9 et 1,7 fois plus élevée que celle des adultes non autochtones. Cela correspond à 28,3, 18,4 et 13,8 fumeurs de plus chez les Inuits, les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis que chez les adultes non autochtones pour 100 adultes. L'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis est respectivement 2,0 et 1,4 fois plus élevée que le taux des personnes non autochtones. Cela représente 4,2 et 1,7 cas d'exposition à la fumée secondaire à la maison de plus chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis que chez les personnes non autochtones pour 100 adultes. Les taux d'incidence du cancer du poumon sont également plus élevés dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de personnes qui s'identifient comme Inuits, membres des Premières Nations ou Métis. Les taux sont 2,6 fois plus élevés dans les régions où les Inuits prédominent, 1,7 fois plus élevés dans les régions où les Premières Nations prédominent et 1,4 fois plus élevés dans les régions où les Métis prédominent que dans les régions où l'on retrouve une faible concentration d'Autochtones. Cela correspond à 109,4, 46,2 et 27,9 cas de cancer du poumon de plus pour 100 000 adultes dans les régions où l'on retrouve une forte concentration d'Inuits, de membres des Premières Nations ou de Métis, respectivement, que dans les régions où l'on retrouve une faible concentration d'Autochtones.
- La prévalence du tabagisme chez les adultes non immigrants est 1,5 fois plus élevée que chez les adultes immigrants de longue date et 2,1 fois plus élevée que chez les adultes immigrants récents. Cela correspond à 8,3 et 12,2 fumeurs de moins pour 100 personnes chez les immigrants de longue date et les immigrants récents, respectivement, que chez les non-immigrants. L'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes non immigrants est respectivement 1,5 et 1,6 fois plus élevée que chez les adultes immigrants de longue date et récents. Cela correspond à 1,6 et 1,7 cas d'exposition à la fumée secondaire à la maison de moins pour 100 adultes chez les adultes immigrants de longue date et récents que chez les non-immigrants. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les adultes qui habitent dans les régions où l'on retrouve une faible concentration de résidents nés à l'étranger est 1,6 fois plus élevé que chez les adultes qui habitent dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de résidents nés à l'étranger. Cela représente 28,4 cas de cancer du poumon de plus pour 100 000 adultes chez les adultes qui habitent dans les régions où l'on retrouve une faible concentration de résidents nés à l'étranger que chez les adultes qui habitent dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de résidents nés à l'étranger.

ACRONYME	NOM COMPLET
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalles de confiance
RP	Ratio de prévalence
RT	Ratio de taux
RCC	Registre canadien du cancer

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités en santé.

CONTEXTE

Le tabagisme est la principale cause de décès évitable au Canada, comptant pour 17 % de tous les décès (1). Les principales causes de décès liés au tabagisme sont les nombreux types de cancers, notamment le cancer du poumon, ainsi que les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires (2). Les gens qui fument la cigarette sont 15 à 30 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon ou d'en mourir que les gens qui ne fument pas. Au Canada, le tabagisme est lié à environ 85 % des cancers du poumon (3). Des estimations de 2002 indiquent qu'environ 37 000 Canadiens meurent chaque année en raison de maladies liées au tabagisme, ce qui se traduit par 515 607 années potentielles de vie perdues (1). Le fardeau économique du tabagisme au Canada est important; on l'estimait à 18,7 milliards de dollars en 2013 (4).

L'exposition à la fumée des cigarettes, des pipes ou des cigares des autres constitue également une cause établie de cancer du poumon. En 2002, on a recensé 831 décès attribuables à l'exposition à la fumée secondaire chez les adultes canadiens, la cardiopathie et le cancer du poumon étant les principales causes proximales de décès (1). Les bébés exposés à la fumée secondaire courent un risque plus élevé de syndrome de mort subite du nourrisson, et les enfants exposés à la fumée secondaire risquent davantage de souffrir de crises d'asthme, d'infections des voies respiratoires et d'otites (5).

Les problèmes liés au tabagisme reflètent une multitude de déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu, le niveau de scolarité, la catégorie d'emploi, les possibilités d'emploi, le traumatisme intergénérationnel, la discrimination et la marginalisation (6,7). Au cours du dernier siècle, le tabagisme au Canada a suivi une tendance qui a été observée dans d'autres pays développés : une forte hausse de la prévalence du tabagisme chez les hommes, suivie d'une plus faible hausse chez les femmes. Il s'est ensuivi une réduction de la prévalence chez les hommes et chez les femmes, avec une baisse plus marquée chez les hommes (8,9). Comme dans d'autres pays industrialisés, les différences socioéconomiques relatives à la prévalence du tabagisme deviennent beaucoup plus évidentes à mesure que « l'épidémie du tabac » se poursuit au Canada (10). Ces différences reflètent le taux d'adoption plus élevé et le taux d'abandon plus faible chez les gens dont le statut socioéconomique est faible (11). Comparativement aux hommes et aux femmes des groupes socioéconomiques plus élevés, la prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes des groupes socioéconomiques plus faibles a atteint un sommet plus tard et les taux de réduction du tabagisme sont plus bas depuis les années 1950 (12).

Les tendances relatives à l'exposition à la fumée secondaire à la maison reflètent les tendances observées chez les fumeurs. Au Canada, le revenu et le niveau de scolarité plus faibles ont été associés à des taux plus élevés d'exposition à la fumée secondaire à la maison et dans les véhicules privés (13,14). Une exposition plus importante à la fumée secondaire à la maison a également été associée à d'autres facteurs sociodémographiques comme la province de résidence (Québec, Canada atlantique et Territoires), le plus jeune âge, le statut de non-immigrant, le fait de recevoir des prestations d'aide sociale, et les ménages

sans enfants de moins de 12 ans (14). Pour ces raisons, le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire et l'incidence du cancer du poumon ont été choisis comme indicateurs des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie.)

MÉTHODES

Les données sur le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire à la maison ont été obtenues par l'entremise de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour les années 2010 à 2013. L'indicateur du tabagisme dans l'ESCC mesurait la proportion de gens de 18 ans et plus qui ont indiqué, au moment de l'entrevue, qu'ils étaient actuellement fumeurs (au quotidien ou occasionnellement).

Les inégalités dans la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison ont été évaluées par l'examen des différences relatives à la prévalence de chaque indicateur en fonction de stratificateurs sociaux répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Parmi les stratificateurs sociodémographiques se trouvent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine culturelle ou raciale, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle (18–59 ans[42]) et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques incluent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus), la profession et la situation d'emploi (18–75 ans). Tous les stratificateurs ont été évalués individuellement, à l'exception du niveau de scolarité du ménage pour l'exposition à la fumée secondaire à la maison.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. Quant aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, l'information sur le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire à la maison est obtenue par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et ses partenaires régionaux par l'entremise de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Le présent chapitre fait appel aux données de l'ERS de 2008 à 2010.

Pour l'indicateur du tabagisme, les questions d'enquête de l'ERS sont identiques à celles de l'ESCC et donc directement comparables. Pour l'indicateur de la fumée secondaire, cependant, on note des différences entre l'ERS et l'ESCC. L'analyse relative à la fumée secondaire de l'ESCC se limitait aux adultes de 18 ans et plus et était axée sur l'exposition à la fumée secondaire à la maison seulement. L'exposition à la fumée secondaire était déterminée par les non-fumeurs ayant répondu « oui » à la question « En comptant les membres du ménage et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre maison, chaque jour ou presque chaque jour? ». L'ERS formulait la question un peu différemment : on a demandé à tous les adultes (peu importe le comportement relatif au tabagisme) « Avez-vous un domicile sans fumée? ». Dans le cadre de l'analyse, les réponses étaient limitées à ceux qui avaient répondu « Pas du tout » à la question « À l'heure actuelle, fumez-vous la cigarette? ». Toutes les données sur la prévalence présentées dans le présent chapitre ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population canadienne de 2011.

42 L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures des inégalités sont indiquées avec leur intervalle de confiance (IC) à 95 %. La signification statistique a été évaluée en utilisant des intervalles de confiance à 95 % (15). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour les stratificateurs, mais signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population. Toutefois, en raison des limites méthodologiques lors de la combinaison de deux ensembles de données (soit ceux de l'ESCC et de l'ERS), les résultats pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord n'ont pas été inclus dans le calcul des mesures de l'inégalité et sont rapportés ici en fonction de la prévalence seulement.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

La prévalence globale du tabagisme chez les Canadiens de 18 ans et plus était de 21,3 % (IC à 95 % : 20,9–21,6 %), alors que la prévalence globale de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était de 4,4 % (IC à 95 % : 4,2 à 4,6 %). Plusieurs groupes sociaux vivaient des inégalités relatives au fardeau du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison (annexes 1 et 2). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

La prévalence du tabagisme chez les hommes était 1,3 (IC à 95 % : 1,3–1,4) fois plus élevée que chez les femmes, près du quart d'hommes (24,2 %; IC à 95 % : 23,7–24,7 %) indiquant fumer actuellement ou à l'occasion comparativement à 18,3 % (IC à 95 % : 17,9–18,8 %) des femmes. Une exception en ce qui concerne la tendance globale de prévalence plus élevée de tabagisme chez les hommes a été constatée chez les Inuits : à 50,9 % (IC à 95 % : 44,5–57,3 %), la prévalence était légèrement plus élevée chez les femmes (comparativement à 48,9 %, IC à 95 % : 41,6–56,1 %, chez les hommes).

La prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était similaire chez les hommes et les femmes : la prévalence chez les hommes était de 4,5 % (IC à 95 % : 4,3–4,8 %) comparativement à 4,2 % (IC à 95 % : 4,0–4,5 %) chez les femmes (annexes 1 et 2).

Peuples autochtones

La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes autochtones était environ 1,4 à 2 fois plus élevée que chez les Canadiens non autochtones (figure 1). Comparativement aux adultes non autochtones, la prévalence du tabagisme chez les adultes inuits était 2,4 (IC à 95 % : 2,1–2,6) fois plus élevée, 1,9 (IC à 95 % : 1,8–2,0) fois plus élevée chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et 1,7 (IC à 95 % : 1,6–1,8) fois plus élevée chez les adultes métis (figure 1).

Si la prévalence du tabagisme chez les adultes inuits, des Premières Nations vivant hors réserve et métis était la même que chez les adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 57,8 % (IC à 95 % : 53,3–62,4 %), 47,1 % (IC à 95 % : 43,8–50,4 %) et 40,0 % (IC à 95 % : 36,0–44,1 %) de la prévalence du tabagisme, respectivement. Cette réduction potentielle entraînerait une réduction de 8 040 (IC à 95 % : 6 280–9 810), 51 670 (IC à 95 % : 42 650–60 680) et 77 110 (IC à 95 % : 66 910–87 300) fumeurs chez les adultes inuits, des Premières Nations vivant hors réserve et métis au Canada (figure 1).

D'après les données de l'ERS, la prévalence du tabagisme chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord était de 50,2 % (IC à 95 % : 48,7–51,8 %)[43]. Aucune différente significative relative au sexe n'a été observée dans la prévalence du tabagisme entre les hommes et les femmes dans ce groupe de population (50,3 % contre 50,2 %, respectivement).

Comparativement aux adultes non autochtones, la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était 2,0 (IC à 95 % : 1,6–2,4) fois plus élevée chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et 1,4 (IC à 95 % : 1,1–1,7) fois plus élevée chez les adultes métis. Pour des raisons statistiques, les résultats pour le groupe de population des Inuits doivent être interprétés avec prudence et sont présentés en inégalités relatives et absolues (annexe 2).

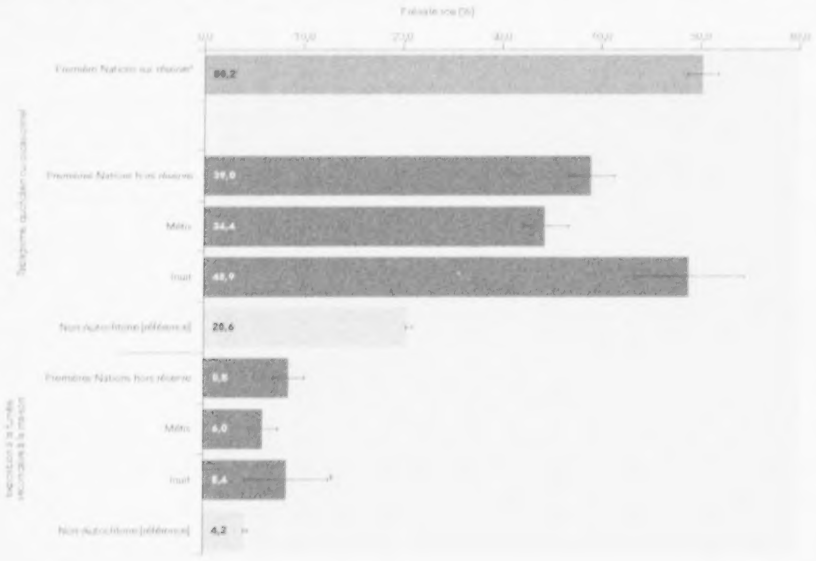
Si la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve était aussi faible que la prévalence chez les adultes non autochtones, l'exposition à la fumée secondaire à la maison serait réduite de 49,6 % (IC à 95 % : 40,0–59,2 %) dans cette population. Cela réduirait de 10 260 (IC à 95 % : 6 430–14 090) le nombre d'adultes des Premières Nations vivant hors réserve exposés à la fumée secondaire à la maison. De même, si la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes métis était aussi faible que celle des adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 28,4 % (IC à 95 % : 11,5–45,3 %) de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes métis. Cela réduirait de 4 010 (IC à 95 % : 710–7 300) le nombre d'adultes métis exposés à la fumée secondaire à la maison (figure 1).

Selon les données de l'ERS, près d'un cinquième (17,9 %; IC à 95 % : 16,1–19,6 %) des adultes des Premières Nations non-fumeurs vivant dans les réserves et les communautés du Nord étaient exposés à la fumée secondaire à la maison. Bien que cette prévalence soit notablement plus élevée que celle des personnes non autochtones (4,3%; IC à 95 % : 4,1–4,5 %; d'après les données de l'ESCC), la comparaison des résultats de ces deux groupes de population doit être effectuée avec prudence, car la formulation des questions applicables de l'enquête est différente dans l'ERS et dans l'ESCC (voir la section Méthodes).

43. Les données de l'ERS sur la prévalence sont présentées parallèlement aux données de l'ESCC, afin de montrer l'ampleur approximative de l'inégalité entre, d'une part, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord et, d'autre part, la population non autochtone. À cause des limites méthodologiques, les mesures de l'inégalité n'ont pas été calculées pour l'ensemble des données de l'ERS.

FIGURE 1

Tabagisme et exposition à la fumée secondaire à la maison selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
TABAGISME						
Premières Nations hors réserve	1,9*	18,4*	47,1*	1,3*	0,3*	77 110*
Métis	1,7*	13,8*	40,0*	0,9*	0,2*	51 670*
Inuit	2,4*	28,3*	57,8*	0,1*	0,0*	8 040*
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE						
Premières Nations hors réserve	2,0*	4,2*	49,6*	1,1*	0,0*	10 260*
Métis	1,4*	1,7*	28,4*	0,4*	0,0*	4 010*
Inuit	2,0F	4,1F	48,8*F	0,1F	0,0F	510F
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

F : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013
†Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008–2010

En ce qui concerne les différences entre les sexes, l'exposition à la fumée secondaire à la maison était semblable pour les hommes et les femmes dans la population générale. Cependant, chez les Premières Nations vivant dans les réserves, les hommes non-fumeurs étaient 1,6 (22,0 %; IC à 95 % : 19,5–24,5 %) fois plus susceptibles d'être exposés à la fumée secondaire à la maison que les femmes non-fumeuses (13,7 %; IC à 95 % : 11,7 à 15,8 %).

Origine culturelle ou raciale

La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était plus élevée chez les adultes blancs que chez les autres groupes culturels ou raciaux. Chez les adultes noirs, la prévalence du tabagisme était 0,5 (IC à 95 % : 0,4–0,6) fois celle des adultes blancs, 0,5 (IC à 95 % : 0,4–0,5) fois celle des adultes asiatiques de l'Est et du Sud-Est et 0,3 (IC à 95 % : 0,3–0,4) fois celle des adultes asiatiques du Sud (figure 2).

Les inégalités entre les adultes blancs et noirs et, les adultes asiatiques de l'Est et du Sud étaient également différentes selon le sexe ou le genre. Par exemple, chez les femmes asiatiques de l'Est et du Sud-Est, la prévalence du tabagisme équivalait à un cinquième (ratio de prévalence [RP] = 0,2; IC à 95 % : 0,2–0,3) de celle des femmes blanches et chez les hommes asiatiques de l'Est et du Sud-Est, elle équivalait à quatre cinquièmes (RP = 0,8; IC à 95 % : 0,7–0,9) de celle des hommes blancs (annexe 1).

La prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les Canadiens asiatiques de l'Est et du Sud-Est était 0,7 (IC à 95 % : 0,5–0,8) fois celle des adultes blancs. En raison de limites statistiques, les résultats de l'exposition à la fumée secondaire chez les autres groupes culturels ou raciaux doivent être interprétés avec prudence (annexe 2).

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

Bien qu'aucune différence significative n'ait été observée quant à l'exposition à la fumée secondaire à la maison selon l'orientation sexuelle, des différences ont été constatées au chapitre du tabagisme. La prévalence du tabagisme chez les adultes qui s'identifient comme bisexuels était 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,8) fois plus élevée que chez les adultes qui s'identifient comme hétérosexuels.

Si la prévalence du tabagisme était la même chez les adultes bisexuels que chez les adultes hétérosexuels, il y aurait une réduction de 39,1 % (IC à 95 % : 32,4–45,7 %) de la prévalence du tabagisme chez les adultes bisexuels.

La prévalence du tabagisme chez les adultes qui s'identifient comme lesbiennes ou gais était également plus élevée : chez les femmes lesbiennes, elle était 1,4 (IC à 95 % : 1,2–1,6) fois plus élevée que chez les femmes hétérosexuelles et chez les hommes gais, elle était 1,3 (IC à 95 % : 1,1–1,5) fois plus élevée que chez des hommes hétérosexuels (annexe 1).

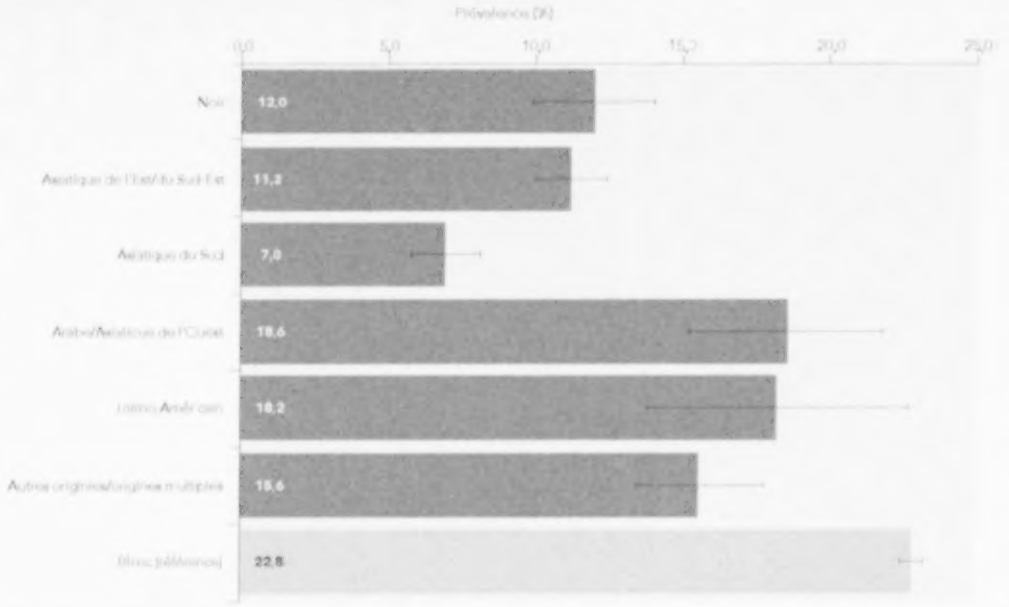
Santé fonctionnelle

La prévalence du tabagisme et la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes ayant des incapacités liées à la santé étaient plus élevées que chez les adultes n'ayant pas d'incapacité. Chez les adultes ayant des incapacités graves, la prévalence du tabagisme était 1,9 (IC à 95 % : 1,7–2,0) fois plus élevée que celle des adultes n'ayant pas d'incapacité (annexe 1).

Si la prévalence du tabagisme chez les adultes ayant des incapacités graves était la même que celle des adultes sans incapacité, il y aurait une réduction de 46,2 % (IC à 95 % : 42,5–50,0 %) de la prévalence du tabagisme chez les adultes ayant des incapacités graves. Il y aurait alors 550 340 (IC à 95 % : 485 340–615 340) adultes fumeurs de moins au Canada.

FIGURE 2

Tabagisme selon l'origine culturelle ou raciale, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Noir	0,5*	−10,8*	NA	NA	NA	NA
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	0,5*	−11,6*	NA	NA	NA	NA
Asiatique du Sud	0,3*	−15,8*	NA	NA	NA	NA
Arabe/Asiatique de l'Ouest	0,8*	−4,2*	NA	NA	NA	NA
Latino-Américain	0,8*	−4,6*	NA	NA	NA	NA
Autres origines/ origines multiples	0,7*	−7,2*	NA	NA	NA	NA
Blanc (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

L'exposition à la fumée secondaire à la maison augmentait à mesure que la gravité de l'incapacité augmentait. La prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes ayant des incapacités liées à la santé graves et modérées était, respectivement, 1,6 (IC à 95 % : 1,3–2,0) fois et 1,4 (IC à 95 % : 1,2–1,7) fois plus élevée que la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire chez les adultes n'ayant pas d'incapacité.

Si la prévalence chez les adultes ayant des incapacités liées à la santé graves était la même que chez les adultes sans incapacité, il y aurait une réduction de 39,3 % (IC à 95 % : 26,6–52,1 %) de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes ayant des incapacités graves. Cela correspond à une réduction de 6,6 % (IC à 95 % : 3,6–9,6 %) de l'exposition à la fumée secondaire à la maison au Canada et potentiellement 62 180 (IC à 95 % : 33 700–90 660) adultes de moins exposés à la fumée secondaire au Canada (annexe 2).

Statut d'immigrant

La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était beaucoup plus élevée chez les adultes non immigrants que chez les adultes immigrants récents (≤ 10 ans au Canada) et de longue date (> 10 ans au Canada). Chez les immigrants récents, la prévalence du tabagisme était la moitié (ratio de taux [RT] = 0,5; IC à 95 % : 0,4–0,5) de celle des adultes non immigrants; chez les immigrants de longue date, la prévalence était 0,6 (IC à 95 % : 0,6–0,7) fois celle des non-immigrants.

Des inégalités relatives au tabagisme propres au sexe ont également été constatées. Chez les femmes récemment immigrées au Canada, la prévalence du tabagisme était le cinquième de celle des femmes non immigrantes (RT = 0,2; IC à 95 % : 0,2–0,3). Chez les hommes récemment immigrés, la prévalence était 0,7 (IC à 95 % : 0,6–0,8) fois celle des hommes non immigrants (figure 3).

Comme pour le tabagisme, les immigrants récents et de longue date avaient une prévalence d'exposition à la fumée secondaire à la maison plus faible que celle des adultes non immigrants. La prévalence de l'exposition à la fumée secondaire chez les immigrants récents correspondait à 0,7 (IC à 95 % : 0,5–0,8) fois celle des non-immigrants, et celle des immigrants de longue date à 0,6 (IC à 95 % : 0,4–0,8) fois celle des non-immigrants (annexe 2).

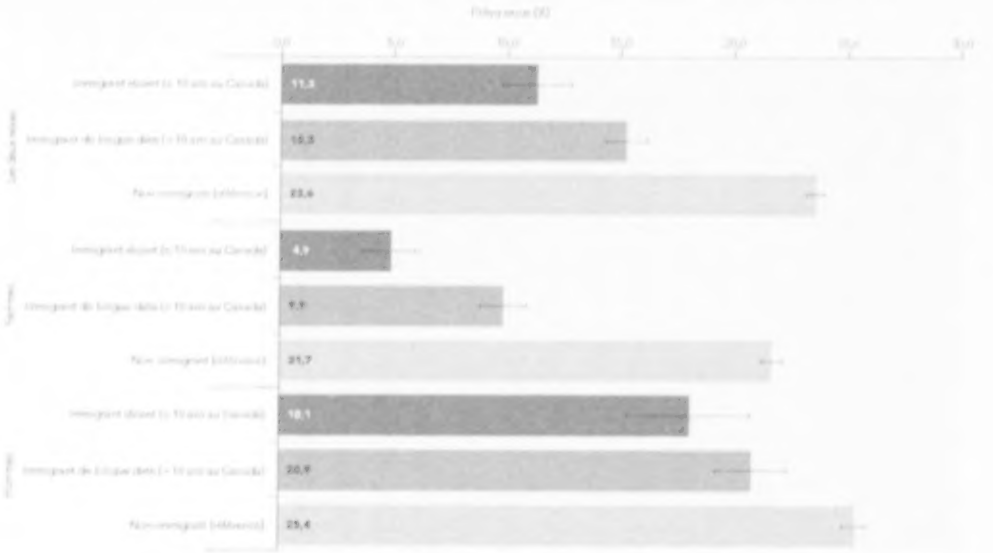
Revenu

La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était près du double, soit 1,9 (IC à 95 % : 1,8–1,9) fois plus élevée, chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas que chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé. Un gradient progressif a été observé chez les hommes et les femmes : à mesure que le revenu diminuait, la prévalence du tabagisme augmentait, avec des inégalités relatives à la prévalence du tabagisme légèrement plus marquées chez les femmes (figure 4).

Si la prévalence du tabagisme chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas était aussi faible que celle des adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 46,0 % (IC à 95 % : 43,4–48,7 %) dans la proportion d'adultes qui fument et une réduction de 11,7 % (IC à 95 % : 10,8–12,5 %) dans la proportion d'adultes qui fument à l'échelle nationale. Cette réduction potentielle se traduirait par 674 220 (IC à 95 % : 618 73–729 700) adultes fumeurs de moins au Canada (figure 4).

FIGURE 3

Tabagisme selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010-2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (R^P)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (D^P) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,5*	−12,2*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,6*	−8,3*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,2*	−16,9*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,5*	−11,8*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	0,7*	−7,3*	NA	NA	NA	NA
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	0,8*	−4,5*	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

De même, entre le quintile de revenu le plus bas et le deuxième quintile de revenu le plus élevé, on a noté une diminution progressive de l'exposition à la fumée secondaire à la maison à mesure que le revenu augmentait. Cependant, il n'y avait aucune différence significative dans la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison entre le quintile de revenu le plus élevé et le deuxième plus élevé. La prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas était 1,7 (IC à 95 % : 1,5–2,0) fois plus élevée que la prévalence chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé.

Si la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas était la même que celle des adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé, il y aurait une réduction de 42,4 % (IC à 95 % : 34,4–50,4 %) de cette prévalence chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas. À l'échelle nationale, cela se traduirait par une diminution de 8,9 % (IC à 95 % : 6,6–11,2 %) de la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire, et 83 100 (IC à 95 % : 61 190–105 010) adultes de moins seraient exposés à la fumée secondaire à la maison (annexe 2).

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

Les inégalités relatives à la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison en fonction du niveau de scolarité étaient significatives. La prévalence du tabagisme chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires était 3,9 (IC à 95 % : 3,6–4,1) fois plus élevée que la prévalence chez les diplômés universitaires. La prévalence chez les hommes et les femmes diminuait à mesure que le niveau de scolarité augmentait, mais des inégalités légèrement plus marquées ont été observées chez les femmes (figure 5).

Si la prévalence chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires était la même que celle des diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 74,3 % (IC à 95 % : 72,6–76,0 %) de la prévalence du tabagisme chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Cela représenterait une réduction de 17,1 % (IC à 95 % : 16,3–17,9 %) de la prévalence du tabagisme à l'échelle nationale. Ainsi, il y aurait 993 560 (IC à 95 % : 945 220–1 041 890) fumeurs de moins au Canada (figure 5).

Chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, l'exposition à la fumée secondaire à la maison était 4,0 (IC à 95 % : 3,2–4,7) fois plus élevée que celle des diplômés universitaires.

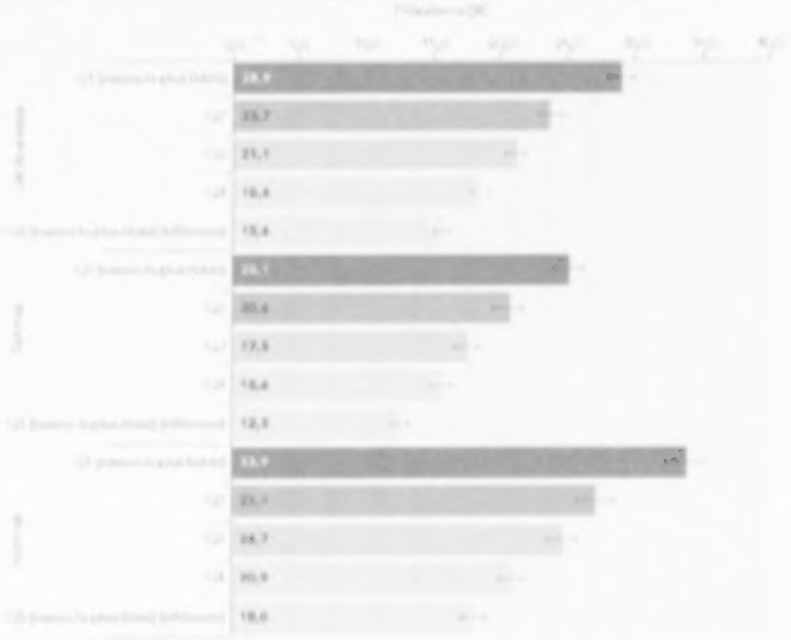
Si la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires était la même que celle des diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 74,8 % (IC à 95 % : 70,0–79,6 %) de l'exposition à la fumée secondaire chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires. À l'échelle nationale, cela représenterait une diminution de 18,2 % (IC à 95 % : 15,4–21,0 %) de l'exposition à la fumée secondaire dans la population globale et, potentiellement, 106 020 (IC à 95 % : 132 960–187 070) adultes de moins seraient exposés à la fumée secondaire à la maison (annexe 2).

Situation d'emploi et profession

La prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était plus élevée chez les adultes qui exercent des professions non spécialisées que chez les professionnels. De même, la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire chez les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler était beaucoup plus élevée que chez les adultes qui ont un emploi (figure 6).

FIGURE 4

Tabagisme selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, âges 18 ans et plus, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAPU)	TABAC ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (NAP)
LES DEUX SEXES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,9*	13,3*	46,0*	11,7*	2,3*	674 220*
Q2	1,5*	8,1*	34,3*	7,2*	1,5*	415 450*
Q3	1,4*	5,5*	26,2*	4,9*	1,1*	282 970*
Q4	1,2*	2,8*	15,2*	2,5*	0,5*	145 430*
Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	2,0*	12,6*	50,7*	14,4*	2,7*	369 820*
Q2	1,6*	8,1*	39,3*	6,7*	1,6*	221 280*
Q3	1,4*	5,0*	28,4*	5,0*	0,9*	126 950*
Q4	1,2*	3,1*	19,8*	3,1*	0,6*	77 220*
Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,9*	15,9*	46,9*	10,5*	2,6*	338 640*
Q2	1,5*	9,1*	33,6*	6,7*	1,6*	216 470*
Q3	1,4*	6,7*	27,0*	5,3*	1,3*	170 810*
Q4	1,2*	2,9*	13,7*	2,4*	0,6*	77 620*
Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après la recomposition de la population de 2011
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle, 2010–2013

FIGURE 5

Tabagisme selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, âges 20 ans et plus, 2010–2013

	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Sans diplôme d'études secondaires	3,9*	28,8*	74,3*	17,1*	3,8*	993 560*
Diplôme de l'école secondaire	2,6*	15,7*	61,2*	12,2*	2,7*	711 610*
Études postsecondaires partielles	2,9*	18,7*	65,2*	4,9*	1,1*	285 000*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	2,2*	11,8*	54,3*	19,5*	4,3*	1 132 610*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	4,1*	25,5*	75,4*	17,0*	3,3*	443 790*
Diplôme de l'école secondaire	2,7*	14,4*	63,3*	12,9*	2,5*	337 030*
Études postsecondaires partielles	3,3*	19,4*	70,0*	5,6*	1,1*	145 940*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	2,3*	11,2*	57,4*	20,8*	4,1*	542 250*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	3,6*	30,8*	72,0*	16,4*	4,1*	525 340*
Diplôme de l'école secondaire	2,4*	16,8*	58,4*	11,4*	2,9*	365 640*
Études postsecondaires partielles	2,5*	17,6*	59,5*	4,3*	1,1*	136 470*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	2,0*	12,1*	50,4*	18,0*	4,5*	574 490*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* Significativement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010-2013

La prévalence du tabagisme chez les adultes qui exercent des professions non spécialisées (travailleurs non qualifiés) était 2,6 (IC à 95 % : 2,4–2,9) fois plus élevée que la prévalence chez les professionnels. Un gradient de la prévalence du tabagisme en fonction de la situation d'emploi était également apparent, avec une prévalence plus élevée chez les travailleurs non qualifiés que chez les professionnels. Les ratios de taux pour les travailleurs semi-qualifiés, les travailleurs qualifiés, techniciens ou superviseurs et les gestionnaires étaient, respectivement, 2,4 (IC à 95 % : 2,2–2,6) fois, 2,1 (IC à 95 % : 1,9–2,3) fois et 1,8 (IC à 95 % : 1,6–1,9) fois plus élevés que ceux des professionnels.

Si la prévalence du tabagisme chez les adultes qui exercent des professions non spécialisées était la même que la prévalence chez les professionnels, il y aurait une réduction de 62,0 % (IC à 95 % : 58,5–65,4 %) de la prévalence du tabagisme chez les adultes qui exercent une profession non spécialisée. Cela représenterait 306 810 fumeurs de moins (IC à 95 % : 277 240–336 380) au Canada.

Si la prévalence du tabagisme chez les adultes qui exercent des professions semi-spécialisées était la même que celle des professionnels, il y aurait une réduction de 57,5 % (IC à 95 % : 53,9–61,2 %) de la prévalence du tabagisme chez les adultes qui exercent des professions semi-spécialisées. Cela équivaudrait, potentiellement, à 671 530 fumeurs de moins (IC à 95 % : 616 760–726 300) au Canada (figure 6).

Les inégalités relatives à l'exposition à la fumée secondaire à la maison en fonction de la situation d'emploi étaient similaires à celles du tabagisme. Comparativement aux professionnels, l'exposition à la fumée secondaire à la maison était 2,5 (IC à 95 % : 1,8–3,2) fois plus élevée chez les travailleurs occupant un emploi non spécialisé, 2,2 (IC à 95 % : 1,6–2,8) fois plus élevée chez les travailleurs occupant un emploi semi-spécialisé et 1,8 (IC à 95 % : 1,3–2,2) fois plus élevée chez les personnes occupant un emploi spécialisé, technique ou de supervision (figure 6).

Chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler, la prévalence du tabagisme était 1,8 (IC à 95 % : 1,7–1,9) fois plus élevée que la prévalence des adultes qui ont un emploi (annexe 1).

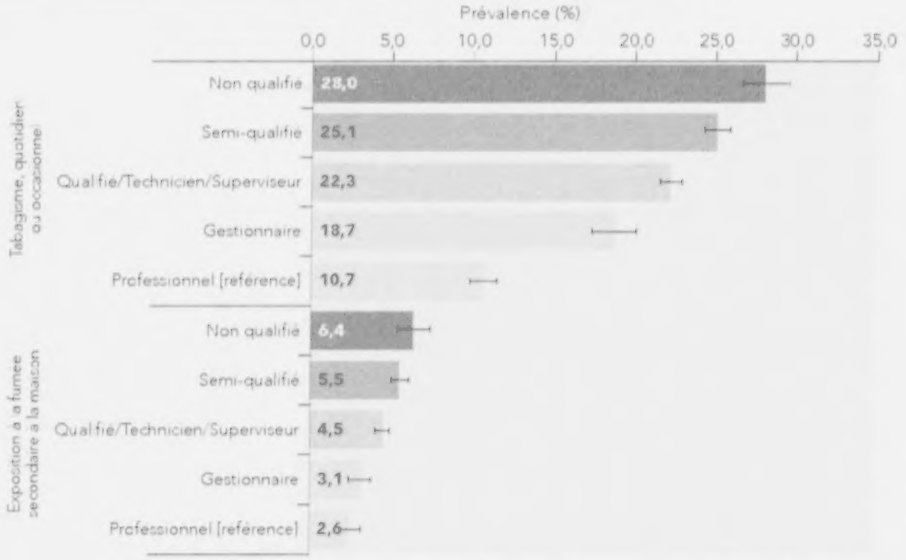
Si la prévalence du tabagisme chez les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler était la même que la prévalence chez les adultes qui ont un emploi, il y aurait une réduction de 44,6 % (IC à 95 % : 40,9–48,2 %) de la prévalence du tabagisme chez les personnes qui ont une incapacité permanente de travailler. Cela représenterait, potentiellement, 125 950 (IC à 95 % : 107 700–144 910) adultes fumeurs de moins au Canada.

De même, la prévalence du tabagisme chez les adultes qui n'avaient pas d'emploi la semaine précédente (mais qui avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines) était 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,7) fois plus élevée que celle des adultes qui occupaient un emploi. Si la prévalence du tabagisme chez les personnes qui n'avaient pas d'emploi la semaine précédente (mais qui avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines) était la même que celle des adultes qui avaient un emploi, il y aurait une réduction de 35,5 % (IC à 95 % : 31,2–39,8 %) de la prévalence chez les gens qui n'avaient pas d'emploi la semaine précédente. Cela représenterait, potentiellement, 132 150 (IC à 95 % : 107 730–156 580) fumeurs de moins au Canada (annexe 2).

Les inégalités relatives à l'exposition à la fumée secondaire à la maison en fonction de la situation d'emploi étaient plus importantes que les inégalités relatives au tabagisme. Chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler, la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était 2,2 (IC à 95 % : 1,7–2,6) fois plus élevée que celle des adultes ayant un emploi (annexe 2).

FIGURE 6

Tabagisme et exposition à la fumée secondaire à la maison par profession,Canada, âges 18–75 ans, 2010–2013



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
TABAGISME						
Non qualifié	2,6*	17,4*	62,0*	6,1*	1,4*	306 810*
Semi-qualifié	2,4*	14,4*	57,5*	13,3*	3,0*	671 530*
Qualifié/Technicien/ Superviseur	2,1*	11,6*	52,2*	13,8*	3,1*	701 040*
Gestionnaire	1,8*	8,1*	43,1*	2,9*	0,7*	148 500*
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE						
Non qualifié	2,5*	3,8*	59,9*	6,0*	0,3*	48 140*
Semi-qualifié	2,2*	3,0*	53,7*	12,7*	0,6*	102 210*
Qualifié/Technicien/ Superviseur	1,8*	1,9*	42,9*	11,1*	0,5*	88 730*
Gestionnaire	1,2	0,5	16,7	1,0	0,0	7 660
Professionnel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2010–2013

Si la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison chez les personnes ayant une incapacité permanente de travailler était la même que la prévalence chez les adultes ayant un emploi, il y aurait une réduction de 54,0 % (IC à 95 % : 43,9–64,1 %) de la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler. Cette réduction de risque potentielle représente 24 970 (IC à 95 % : 14 980–34 960) personnes de moins exposées à la fumée secondaire au Canada (annexe 2).

Résidence en milieu urbain ou rural

La prévalence du tabagisme était la plus élevée chez les adultes vivant dans les régions éloignées et la plus faible chez les adultes vivant à Toronto, Montréal et Vancouver[44]. Chez les adultes vivant dans les régions éloignées, la prévalence du tabagisme était 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois plus élevée que la prévalence chez les adultes vivant dans les grands centres urbains autres que Toronto, Montréal ou Vancouver. La prévalence était la plus faible dans ces trois centres urbains, soit 0,9 (IC à 95 % : 0,9–0,9) fois celle des adultes vivant dans les autres grands centres urbains (annexe 1).

Les inégalités relatives à l'exposition à la fumée secondaire à la maison en fonction de la résidence en milieu urbain ou rural étaient plus importantes : la prévalence était 1,7 (IC à 95 % : 1,5–1,9) fois plus élevée chez les adultes vivant dans les régions rurales provinciales et 1,5 (IC à 95 % : 1,4–1,7) fois plus élevée chez les adultes vivant dans des régions éloignées comparativement aux adultes vivant dans les grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver (annexe 2).

ENCADRÉ 1
INDICATEUR CONNEXE : INCIDENCE DU CANCER DU POUMON AU CANADA

Le cancer du poumon est l'affection maligne la plus fréquemment diagnostiquée au Canada. Chaque année, 28 400 Canadiens reçoivent un diagnostic de cette maladie (3). Le cancer du poumon est également la principale cause de décès liés au cancer au Canada (3). Le taux de survie des patients atteints du cancer du poumon demeure faible, avec seulement 17 % de survivants 5 ans après le diagnostic. Malgré ces répercussions considérables, le taux d'incidence chez les hommes diminue depuis la fin des années 1980 et, depuis 2006, il a atteint un plateau chez les femmes (3). Les différences propres au sexe ou au genre relatives aux taux d'incidence du cancer du poumon reflètent les différences historiques pour ce qui touche la prévalence du tabagisme et les pratiques en matière de tabagisme (16). Le statut socioéconomique plus faible est systématiquement associé à une incidence plus élevée de cancer du poumon (17,18,19). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué dans tous les groupes de statut socioéconomique au Canada au cours des 50 dernières années, cette diminution a été beaucoup plus marquée chez les adultes plus fortunés et plus instruits (12).

Méthodes

Les données sur l'incidence du cancer du poumon pour la période de 2008 à 2010 ont été obtenues à partir du Registre canadien du cancer (RCC). Puisque peu de détails démographiques et socioéconomiques individuels sont disponibles dans les sources de données administratives comme le RCC, des mesures de type géographique ont été obtenues à l'échelle de l'aire de diffusion, au moyen des données du Recensement de la population canadienne de 2006, afin de fournir des mesures d'inégalité pour tous les stratificateurs sociaux. En conséquence, les constats suivantes s'appliquent à l'échelle de l'aire de diffusion et non à l'échelle individuelle. (Pour obtenir plus de renseignements, voir les mesures de type géographique.)

44. Pour obtenir la définition des sous-groupes ruraux et urbains, voir le chapitre Méthodologie.

Les inégalités relatives aux taux d'incidence du cancer du poumon ont été évaluées en mesurant les différences relatives à l'âge, au sexe ou au genre, et à six stratificateurs sociaux de type géographique : revenu, niveau de scolarité, statut d'immigrant, identité autochtone, résidence en milieu urbain ou rural et défavorisation sociale et matérielle[45]. Les différences liées à la défavorisation sociale et matérielle ont été obtenues au moyen des données sur les codes postaux résidentiels du RCC. L'analyse visait les personnes de 18 ans et plus, et les données ont été standardisées selon l'âge en fonction des données du Recensement de la population de 2011. Comme pour le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire, les mesures de l'inégalité ont été indiquées avec leurs IC à 95 % (15), et les inégalités propres au sexe ou au genre pour les mesures de type géographique ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient statistiquement significatives. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de taux (RT), différence de taux, fraction attribuable, risque attribuable dans la population, fraction attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Principaux constats

Dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de personnes qui s'identifient comme étant des Inuits, des membres des Premières Nations ou des Métis, les taux d'incidence du cancer du poumon étaient plus élevés que dans les régions où l'on retrouve une faible concentration d'adultes qui s'identifient comme Autochtones. Dans les régions où les Inuits prédominent, le taux était 2,6 (IC à 95 % : 2,0–3,4) fois plus élevé, dans les régions où les Premières Nations prédominent, le taux était 1,7 (IC à 95 % : 1,5–1,8) fois plus élevé et dans les régions où les Métis prédominent, le taux était 1,4 (IC à 95 % : 1,2–1,6) fois plus élevé (figure 7). L'augmentation rapide de l'incidence du cancer du poumon chez les adultes autochtones est attribuée à la forte prévalence du tabagisme chez les deux sexes (20,21).

L'une des plus importantes inégalités relatives à l'incidence du cancer du poumon a été observée dans les régions où l'on retrouve une forte concentration d'Inuits (178,4 pour 100 000 comparativement à 69,0 pour 100 000 dans les régions où l'on retrouve une faible concentration de personnes qui s'identifient comme membres des Premières Nations, Inuits ou Métis).

Les adultes vivant dans les régions les plus défavorisées présentaient un taux d'incidence du cancer du poumon 1,7 (IC à 95 % : 1,7–1,7) fois plus élevé que celui des adultes vivant dans les régions les plus favorisées (figure 8). Le taux d'incidence était également élevé chez les adultes vivant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus faible, soit 1,5 (IC à 95 % : 1,5–1,6) fois plus élevé que celui des adultes vivant dans les régions où le niveau de scolarité est le plus élevé (figure 9).

Si le taux d'incidence chez les adultes vivant dans les régions où le niveau de scolarité et le revenu sont les plus faibles était le même que celui des adultes qui vivent dans les régions où le niveau de scolarité et le revenu sont les plus élevés, il y aurait, respectivement, 2 015 (IC à 95 % : 1 876–2 156) et 2 326 (IC à 95 % : 2 190–2 464) nouveaux cas de cancer du poumon de moins, en moyenne, par année.

Les taux d'incidence associés au revenu et au niveau de scolarité diminuaient du quintile de revenu le plus bas au quintile le plus élevé, avec des inégalités relatives aux taux plus prononcées chez les hommes que chez les femmes (figures 8 et 9). La relation entre d'une part, l'incidence du cancer du poumon, et d'autre part, le revenu et le niveau de scolarité du ménage était inverse : à mesure que le revenu et le niveau de scolarité augmentaient, le taux d'incidence du cancer du poumon diminuait.

45. Pour obtenir une définition de l'indice de défavorisation, voir le chapitre Méthodologie

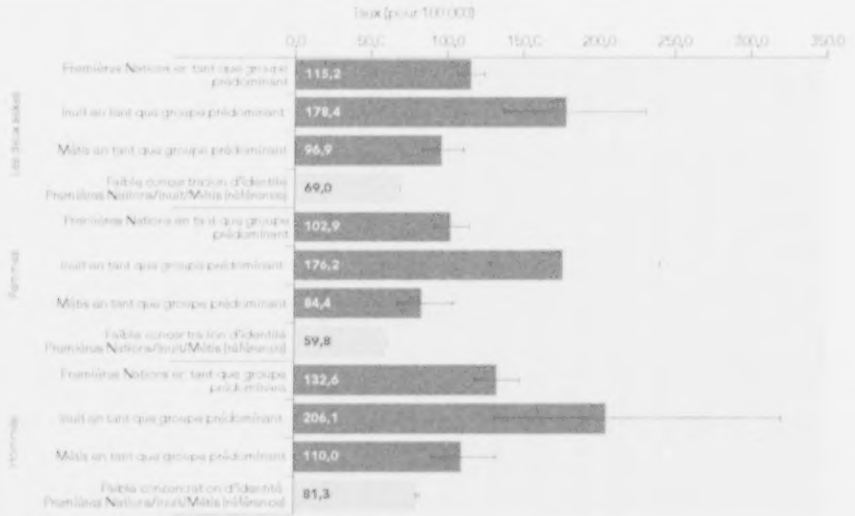
Dans les régions où l'on retrouve une faible concentration de résidents nés à l'étranger, le taux d'incidence du cancer du poumon était 1,6 (IC à 95 % : 1,6–1,7) fois plus élevé que dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de résidents nés à l'étranger. Cela correspond à 75,1 (IC à 95 % : 74,4–75,7) cas pour 100 000 dans les régions où l'on retrouve une faible concentration de résidents nés à l'étranger comparativement à 46,7 (IC à 95 % : 45,4–48,1) cas pour 100 000 dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de résidents nés à l'étranger (annexe 3).

Si le taux d'incidence chez les adultes vivant dans les régions où l'on retrouve une faible concentration de résidents nés à l'étranger était le même que celui des adultes vivant dans les régions où l'on retrouve une forte concentration de résidents nés à l'étranger, une moyenne de 6 893 cas de cancer du poumon par année auraient pu être évités entre 2008 et 2010.

Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les personnes vivant dans les régions éloignées était 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois plus élevé que le taux chez les adultes vivant dans les grands centres urbains (à l'exception de Toronto, Montréal et Vancouver) (annexe 3). D'autres études fondées sur la population démontrent que le taux d'incidence du cancer du poumon chez les adultes vivant dans les régions rurales et éloignées est également plus élevé comparativement au taux d'incidence chez les adultes vivant dans les régions urbaines. Les taux plus élevés de tabagisme dans les régions rurales et éloignées pourraient expliquer cette constatation (22).

FIGURE 7

Taux d'incidence du cancer du poumon selon l'identité autochtone et le sexe ou le genre, 18 ans et plus, Canada, 2008–2010

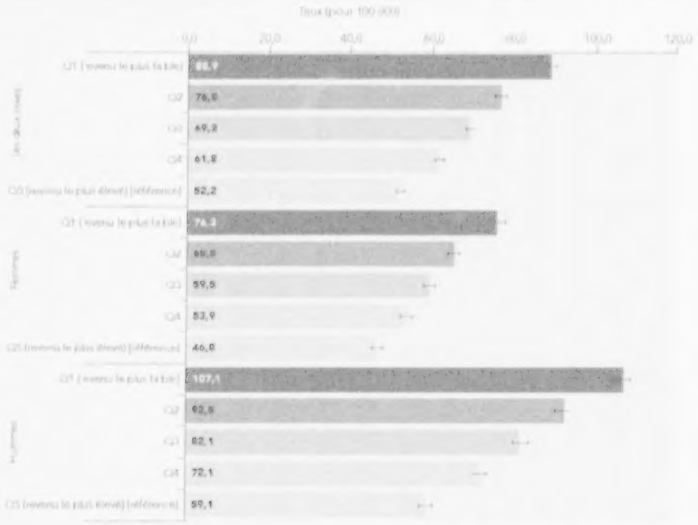


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	1,7*	46,2*	40,1*	0,4*	0,3*	92*
Inuit en tant que groupe prédominant	2,6*	109,4*	61,3*	0,1*	0,1*	18*
Métis en tant que groupe prédominant	1,4*	27,9*	28,8*	0,1*	0,1*	18*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	1,7*	43,1*	41,9*	0,4*	0,3*	45*
Inuit en tant que groupe prédominant	2,9*	116,4*	66,1*	0,1*	0,1*	10*
Métis en tant que groupe prédominant	1,4*	24,6*	29,1*	0,1*	0,0*	8*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Premières Nations en tant que groupe prédominant	1,6*	51,3*	38,7*	0,4*	0,3*	47*
Inuit en tant que groupe prédominant	2,5*	124,8*	60,6*	0,1*	0,1*	9*
Métis en tant que groupe prédominant	1,4*	28,7*	26,1*	0,1*	0,1*	9*
Faible concentration d'identité Premières Nations/Inuit/Métis [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique de l'identité autochtone tirées du Recensement de la population de 2006
Groupe prédominant : ≥ 33% des résidents de l'aire de diffusion déclarent une identité autochtone avec une majorité appartenant au groupe indiqué
Source : Registre canadien du cancer (2008–2010)

FIGURE 8

Taux d'incidence du cancer du poumon selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, 18 ans et plus, Canada, 2008–2010

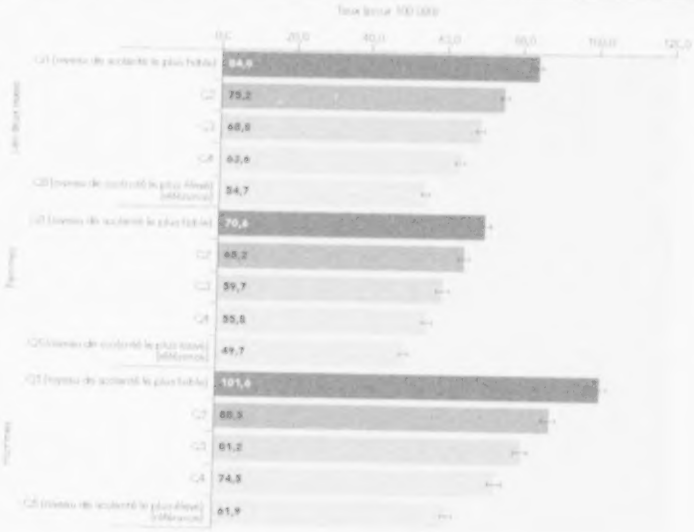


	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100 000	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,7*	36,7*	41,3*	10,0*	7,1*	2 326*
Q2	1,5*	24,6*	32,0*	7,3*	5,2*	1 697*
Q3	1,3*	17,1*	24,7*	4,9*	3,5*	1 150*
Q4	1,2*	9,6*	15,5*	2,8*	2,0*	644*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
WOMEN						
Q1 (revenu le plus faible)	1,6*	29,5*	38,7*	9,5*	6,2*	1 035*
Q2	1,4*	18,7*	28,6*	6,4*	4,2*	700*
Q3	1,3*	12,7*	21,3*	4,2*	2,7*	459*
Q4	1,2*	7,1*	13,2*	2,3*	1,5*	253*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
MEN						
Q1 (revenu le plus faible)	1,8*	48,0*	44,8*	10,7*	8,3*	1 327*
Q2	1,6*	33,4*	36,1*	8,3*	6,4*	1 028*
Q3	1,4*	23,0*	28,0*	5,7*	4,4*	704*
Q4	1,2*	13,0*	18,0*	3,2*	2,5*	401*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique des quintiles de revenu tirées du Recensement de la population de 2006
Source : Registre canadien du cancer (2008–2010)

FIGURE 9

Taux d'incidence du cancer du poumon selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, 18 ans et plus, Canada, 2008–2010



	RATIO DE TAUX (RT)	DIFFÉRENCE DE TAUX (DT) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100 000	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,5*	29,3*	34,9*	8,6*	6,1*	2 015*
Q2	1,4*	20,5*	27,3*	5,9*	4,2*	1 377*
Q3	1,3*	14,1*	20,5*	4,0*	2,9*	940*
Q4	1,2*	8,9*	14,0*	2,5*	1,8*	582*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,4*	20,9*	29,6*	7,0*	4,5*	757*
Q2	1,3*	15,5*	23,8*	5,1*	3,3*	557*
Q3	1,2*	10,0*	16,8*	3,3*	2,1*	359*
Q4	1,1*	6,1*	10,9*	2,0*	1,3*	216*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,6*	39,7*	39,1*	10,1*	7,8*	1 258*
Q2	1,4*	26,6*	30,1*	6,5*	5,1*	815*
Q3	1,3*	19,3*	23,8*	4,7*	3,6*	581*
Q4	1,2*	12,6*	16,9*	3,0*	2,3*	369*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Mesures de type géographique : des quintiles de niveau de scolarité tirées du Recensement de la population de 2006
Source : Registre canadien du cancer (2008–2010)

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Les résultats relatifs à la prévalence du tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire à la maison ont été tirés de l'ESCC, qui repose sur des données autodéclarées qui pourraient être sujettes à des biais de rappel et de désirabilité sociale. Comme pour les autres enquêtes nationales, une autre limite générale de l'échantillon de l'ESCC est qu'un certain nombre de populations pour lesquelles la prévalence du tabagisme est généralement plus élevée que la population générale – comme les gens qui vivent dans des établissements, dans des réserves des Premières Nations et au Nunavik – sont exclues (23).

Les données relatives à la prévalence du tabagisme ne comprennent pas le volume de consommation de cigarettes ni l'abandon (intention et tentatives), deux variables qui sont socialement inspirées et fortement associées au risque de cancer du poumon. Les données relatives à l'exposition à la fumée secondaire concernent seulement l'exposition à la maison et ne tiennent pas compte de l'exposition à la fumée secondaire dans les véhicules, dans le milieu de travail ou dans les endroits publics, des environnements qui pourraient être assujettis à la réglementation en santé publique. La question de l'enquête utilisée pour évaluer l'exposition à la fumée secondaire à la maison est également restreinte, car la période d'exposition était limitée au mois précédent.

Les inégalités relatives aux taux d'incidence du cancer du poumon sont présentées pour différents groupes sociaux définis à l'aide de mesures de type géographique. Les mesures de type géographique sont regroupées à l'échelle de l'aire de diffusion et reposent sur l'hypothèse que les groupes socioéconomiques et démographiques sont uniformes. Ces limites importantes peuvent mener à un biais d'erreur de classification et à une sous-estimation des inégalités relatives aux taux d'incidence du cancer du poumon. Bien que le sens des disparités entre les études utilisant des mesures de type géographique et des mesures individuelles puissent être les mêmes, la recherche démontre que l'ampleur des écarts varie et qu'elle est beaucoup plus importante à l'échelle individuelle (24). Les mesures de type géographique provenant des liens établis avec les codes postaux peuvent également atténuer les estimations dans les régions rurales, car les codes postaux couvrent de vastes régions géographiques et sont donc moins précis pour déterminer les aires de diffusion. (Pour obtenir plus de renseignements, voir les mesures de type géographique.)

Puisque les données sont transversales, il n'est pas possible d'en déduire un lien de causalité. Le but était d'illustrer l'ampleur et le sens des inégalités relatives au tabagisme, à l'exposition à la fumée secondaire à la maison et aux taux d'incidence du cancer du poumon entre différents groupes socioéconomiques et sociodémographiques. Cependant, en réalité, ces inégalités dépendent d'un système complexe et multidirectionnel de facteurs individuels, sociaux et structurels qui n'ont pas encore été pleinement étudiés et compris.

Aussi, même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (15), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Finalement, les regroupements sociaux utilisés dans la présente analyse sont définis dans de larges catégories que l'on présume distinctes et homogènes. Par conséquent, les inégalités auxquelles font face les personnes et les communautés qui présentent de multiples identités croisées ne sont pas décrites ici. En outre, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène réelle des catégories de facteurs de stratification. Par exemple, les taux d'incidence du cancer du poumon varient beaucoup entre les populations immigrantes des différents pays, ce qui reflète des différences sous-jacentes sur le plan du tabagisme, du régime alimentaire et d'autres facteurs de risque selon le pays d'origine. En comparant la population d'immigrants dans son ensemble à la population de

non-immigrants, on ne tient pas compte des différences qui existent au sein des différentes populations d'immigrants et entre celles-ci sur le plan des inégalités; cela peut donner lieu à une sous-estimation ou à une surestimation du fardeau sur la santé chez ces groupes (25).

DISCUSSION

Le tabagisme est l'une des principales causes de décès dans les pays à revenu élevé comme le Canada et constitue un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires et plusieurs cancers. Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué dans la population générale (12 ans et plus), passant de 23,4 % en 2003 à 18,5 % en 2014, cette tendance pourrait cacher des inégalités socioéconomiques importantes (26). De 1950 à 2011, les inégalités relatives au tabagisme entre les groupes de statut socioéconomique au Canada se sont graduellement accentuées, avec un taux d'adoption du tabagisme en hausse chez les gens ayant un statut socioéconomique plus faible (12,23).

Les résultats selon le sexe ou le genre indiquent une prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison similaire chez les hommes et les femmes, mais des taux de tabagisme et d'incidence du cancer du poumon plus élevés chez les hommes. Chez les hommes, la prévalence du tabagisme était de 24,2 % comparativement à 18,3 % chez les femmes, et le taux d'incidence du cancer du poumon était de 80,3 pour 100 000 contre 59,2 pour 100 000 chez les femmes. Les taux de tabagisme et d'exposition à la fumée secondaire à la maison étaient inversement liés au revenu, au niveau de scolarité et à la profession, avec des inégalités particulièrement prononcées en fonction du niveau de scolarité. Par exemple, alors que les taux de tabagisme et d'exposition à la fumée secondaire à la maison étaient près de deux fois plus élevés chez les adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus bas comparativement aux adultes qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé, la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était, respectivement, 3,9 et 4,0 fois plus élevée chez les adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires que la prévalence chez les diplômés universitaires. Ce constat est cohérent avec la recherche antérieure qui a démontré que le niveau de scolarité était la variable de statut socioéconomique ayant la plus forte corrélation avec le tabagisme. De même, la recherche canadienne qui étudiait l'exposition à la fumée secondaire à la maison (au cours du dernier mois, toutes sources confondues) a révélé que les gens qui se situent dans les trois quintiles de revenu les plus bas avaient le même risque d'exposition à la fumée secondaire à la maison que le groupe de référence (revenu moyen supérieur), mais un plus grand risque d'exposition que le groupe de revenu le plus élevé (14). Une autre recherche canadienne a également révélé un gradient progressif d'exposition qui augmentait à mesure que le niveau de scolarité diminuait (27).

La tendance des inégalités fondées sur le statut socioéconomique relatives au tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire est similaire à celle de l'incidence du cancer du poumon en fonction du niveau de scolarité et du revenu. Les personnes qui vivent dans les régions où l'on retrouve les revenus et les niveaux de scolarité les plus faibles présentaient un taux d'incidence du cancer du poumon 1,7 et 1,5 fois plus élevé que celui des personnes qui vivent dans les régions où l'on retrouve les revenus et les niveaux de scolarité les plus élevés. (Les données sur la profession n'étaient pas disponibles pour les taux d'incidence du cancer du poumon.) Le risque de cancer du poumon est inversement associé au statut socioéconomique et peut être expliqué en grande partie par les différences relatives au tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire ainsi qu'au régime alimentaire, à l'environnement et à la profession (17–19,28).

Ces inégalités fondées sur le statut socioéconomique relatives à la prévalence du tabagisme sont semblables aux tendances observées dans les autres pays industrialisés, notamment aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans plusieurs pays européens (29). Aux États-Unis, la prévalence du tabagisme

diminuait à mesure que le niveau de scolarité augmentait : 25 % chez les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, 26 % chez les personnes détenant un diplôme d'études secondaires, 19 % chez les personnes ayant fait des études collégiales partielles et 7 % chez les personnes ayant un baccalauréat ou un niveau de scolarité plus élevé (30). En Australie, les gens ayant le statut socioéconomique le plus faible étaient presque trois fois plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens que ceux ayant le statut socioéconomique le plus élevé (31). Des constatations semblables ont été faites en Nouvelle-Zélande, où les gens qui vivent dans les régions les plus défavorisées sur le plan socioéconomique étaient environ trois fois plus susceptibles de fumer que les gens qui vivent dans les régions moins défavorisées (32). En Angleterre, 36 à 40 % des personnes se situant dans les deux quintiles de revenu les plus bas fumaient comparativement à 17 à 18 % des personnes se situant dans les quintiles de revenu les plus élevés (33).

À l'échelle mondiale, l'exposition à la fumée secondaire à la maison estimée est beaucoup plus élevée que ce qui est indiqué dans le présent chapitre, principalement en raison de la façon dont l'exposition à la fumée secondaire était définie. Bien que des comparaisons absolues de l'exposition à la fumée secondaire à la maison soient difficiles à établir en raison des différentes techniques utilisées pour évaluer l'exposition à la fumée secondaire, plusieurs pays ont indiqué d'importantes inégalités sur le plan de l'exposition à la fumée secondaire. Par exemple, l'exposition à la fumée secondaire a été associée au revenu faible aux États-Unis (34) et en Australie (35).

Les inégalités relatives au tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire à la maison étaient plus élevées chez les adultes qui exercent des professions non spécialisées que chez les professionnels. La constatation était la même chez les adultes qui ont une incapacité permanente de travailler comparativement aux adultes qui ont un emploi. Une autre étude canadienne qui étudiait l'exposition à la fumée secondaire autodéclarée, toutes sources confondues, au cours du mois précédent, a révélé des taux d'exposition plus élevés chez les adultes sans emploi comparativement aux adultes ayant un emploi (14). En Angleterre, les adultes qui exercent des professions dites « routinières et manuelles » avaient le pourcentage le plus élevé de fumeurs en 2013 (29 %) comparativement aux adultes dont la profession se situe dans les catégories « intermédiaire » (18 %) et « de gestion et professionnelle » (14 %) (33). En Australie, la prévalence du tabagisme était 1,7 fois plus élevée les adultes sans emploi que chez les adultes ayant un emploi, alors que la prévalence chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler était plus de deux fois plus élevée (RT = 2,4) (31).

Des inégalités beaucoup plus importantes ont été observées chez les Autochtones du Canada relativement aux taux de tabagisme, d'exposition à la fumée secondaire à la maison et d'incidence du cancer du poumon. Ces résultats sont cohérents avec la recherche antérieure qui a démontré que la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison était beaucoup plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, avec des taux de tabagisme particulièrement élevés chez les Inuits et les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve (20,21,36,37). Par ailleurs, près des deux tiers des Inuits fumaient tous les jours, une proportion qui est 3 fois plus élevée que celle des Canadiens non autochtones (20). L'adoption du tabagisme peut également expliquer les taux élevés de cancer du poumon chez les Inuits : en 2012, les fumeurs quotidiens qui s'identifient comme Inuits ont indiqué qu'ils avaient commencé à fumer à 15 ans ou plus jeunes (36). Une étude a révélé que les Inuits qui vivent aux États-Unis (principalement en Alaska), au Canada (principalement dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut) et au Danemark/Groenland ont le taux d'incidence de cancer du poumon le plus élevé au monde, le Nunavut arrivant au premier rang parmi tous les pays et toutes les régions (44).

ENCADRÉ 2
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Dans la culture des Premières Nations, le tabac est un remède sacré qui peut être utilisé pour communiquer avec le monde des esprits, pour rendre grâce au Créateur et pour guérir le corps. Bien que le tabac puisse être inhalé au moyen d'une pipe, les pratiques culturelles consistent principalement à offrir le tabac en cadeau ou à le placer dans le feu, dans l'eau ou sur le sol (38,39). Malgré la signification médicinale et spirituelle du tabac, ce dernier a des impacts aujourd'hui sur la vulnérabilité des membres des Premières Nations à l'exposition à la fumée de cigarette, et sur les incidences de cancer du poumon qui en découlent. Cette situation est attribuable à des générations de politiques colonialistes qui condamnaient les pratiques culturelles des membres des Premières Nations, y compris leur utilisation de remèdes sacrés (39). Les politiques comme l'établissement des réserves et la *Loi sur les Indiens* ont délogé les membres des Premières Nations de leurs terres et les ont empêchés de mener leur mode de vie traditionnel qui aurait assuré à leur communauté la subsistance économique (40). N'étant plus en mesure de cultiver ou de produire leur propre tabac, les membres des Premières Nations ont été forcés de se fier à l'approvisionnement en tabac commercial auprès des commerçants européens (40). Cependant, les produits du tabac industrialisés du commerce, comme les cigarettes récréatives, contiennent d'autres additifs cancérogènes et causent une dépendance qui favorisent une utilisation néfaste lorsqu'ils sont consommés de manière non traditionnelle (41). Le désir des membres des Premières Nations de reprendre contact avec leurs pratiques culturelles et l'influence continue des utilisations occidentales du tabac commercial constituent une source de conflit pour plusieurs membres des Premières Nations d'aujourd'hui (38). En outre, le contexte éloigné ou rural ainsi que les ressources économiques réduites dans plusieurs collectivités créent également des obstacles au développement socioéconomique, y compris l'accès à des services de soins de santé qui pourraient aider à prévenir ou à atténuer les habitudes de tabagisme et faciliter le dépistage précoce du cancer du poumon (42). En plus des obstacles financiers et géographiques aux services de soins de santé, les initiatives de prévention du tabagisme sont souvent difficiles d'accès pour les membres des Premières Nations, car elles sont axées sur les concepts occidentaux de la santé. Une approche holistique de ces initiatives serait adaptée sur le plan culturel et trouverait un écho chez les membres des Premières Nations, car elle tiendrait compte du traumatisme historique, du concept de famille et de communauté, et des conditions socioéconomiques des collectivités (43).

La prévalence du tabagisme était également plus élevée chez certains Autochtones que chez les non-Autochtones d'autres pays industrialisés. Chez les Autochtones d'Australie, la prévalence était 2,5 fois plus élevée que chez les Australiens non autochtones (31). Les Maoris de la Nouvelle-Zélande étaient 2,7 fois plus susceptibles d'être des fumeurs actuels (fumant au moins tous les mois) que les Néo-Zélandais qui ne sont pas des Maoris (32). En Nouvelle-Zélande, il y avait des différences relatives à l'exposition à la fumée secondaire à la maison entre les populations autochtones et non autochtones : 16 % des répondants maoris comparativement à 7,9 % des répondants qui ne sont pas des Maoris ont indiqué avoir été exposés à la fumée secondaire tous les jours au cours des sept jours précédant l'enquête (45).

Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire à la maison étaient moins courants chez les immigrants que chez les non-immigrants. Cela est cohérent avec les observations indiquant que les personnes qui vivent dans une région où l'on retrouve un faible pourcentage de résidents nés à l'étranger ont un taux d'incidence du cancer du poumon 1,6 fois plus élevé que les personnes qui vivent dans les régions où l'on retrouve un pourcentage élevé de résidents nés à l'étranger.

Bien que les taux de tabagisme et d'exposition à la fumée secondaire fussent plus élevés chez les adultes blancs que chez les autres groupes culturels ou raciaux, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Même si la recherche au Canada portant sur l'exposition à la fumée secondaire à la maison en fonction de l'origine culturelle ou raciale est limitée, une recherche fondée sur les données de l'ESCC a révélé que 22,2 % des minorités visibles n'ayant jamais fumé ont déclaré être exposées à la fumée secondaire, toutes sources confondues, alors que 26,3 % des personnes blanches n'ayant jamais fumé ont indiqué être exposées à la fumée secondaire (14). De même, une recherche menée en Nouvelle-Zélande a révélé que les non-Asiatiques de la Nouvelle-Zélande étaient plus susceptibles d'être des fumeurs actuels (fumant au moins tous les mois) que les Asiatiques (32).

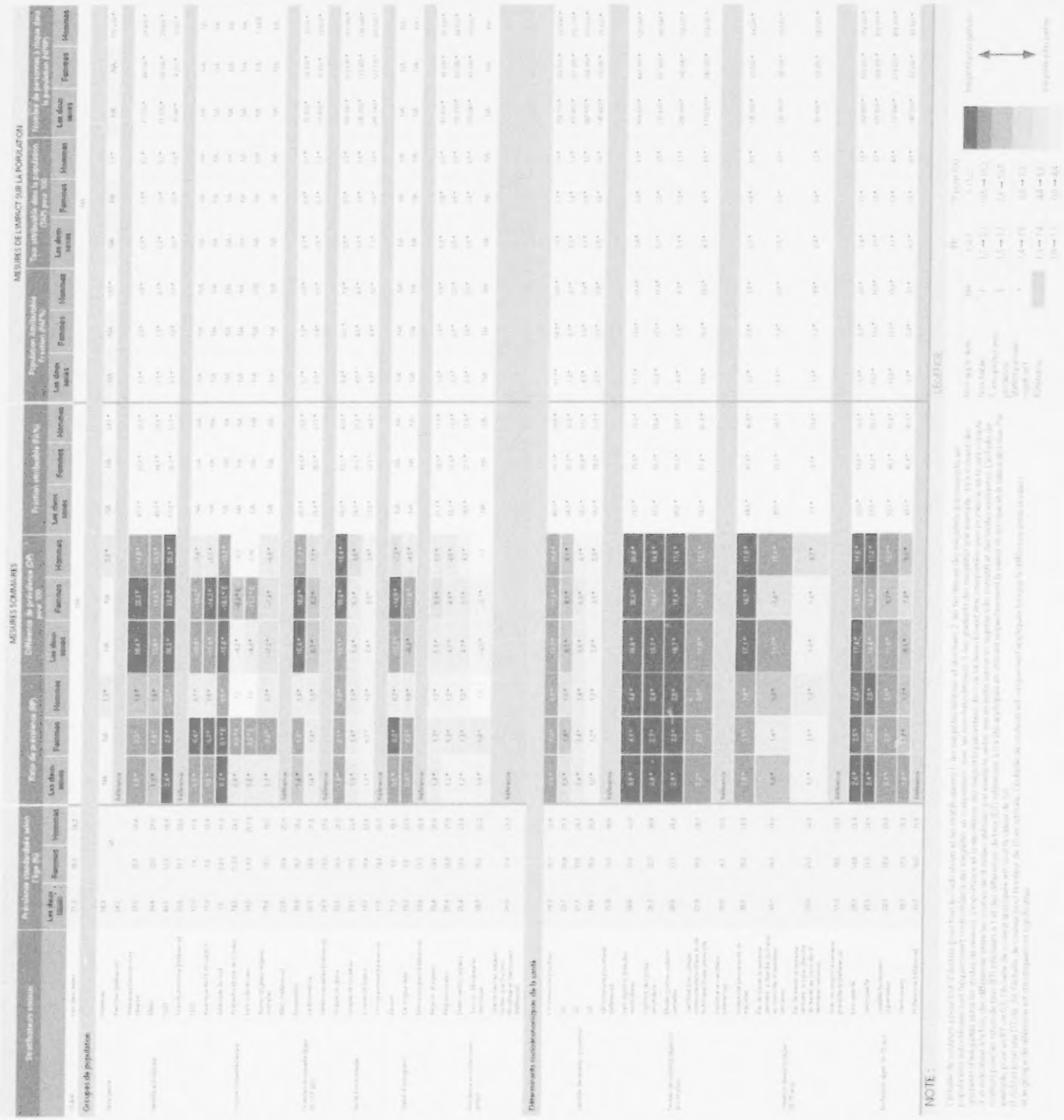
Les taux de prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire à la maison étaient également plus élevés chez les personnes qui vivent dans les régions rurales que chez celles qui vivent dans les grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver. On constate la même chose avec les taux d'incidence du cancer du poumon : les personnes qui vivent dans les régions rurales avaient un taux d'incidence du cancer du poumon 1,2 fois plus élevé que celui des personnes qui vivent dans les grands centres urbains (à l'exception de Toronto, Montréal et Vancouver). En Australie, les personnes qui vivent en région éloignée étaient deux fois plus susceptibles de fumer que celles qui vivent dans les grandes villes; plus la région était éloignée, plus la prévalence du tabagisme était élevée (31). Aux États-Unis, 15 % des gens qui vivent dans les grandes régions métropolitaines statistiques et 18 % des gens qui vivent dans les petites régions métropolitaines statistiques fumaient, comparativement à 24 % des gens qui vivent à l'extérieur des régions métropolitaines statistiques (30).

Des différences selon l'orientation sexuelle ont été observées dans la prévalence du tabagisme, mais pas dans la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire à la maison. Une recherche australienne a également révélé que les homosexuels ou les bisexuels étaient plus susceptibles de fumer quotidiennement que les personnes qui s'identifient comme hétérosexuelles (31).

Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire ont des effets néfastes sur beaucoup de Canadiens, puisqu'ils sont liés à un certain nombre de problèmes de santé, notamment de nombreux cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires (2). La prévalence plus élevée du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire et l'incidence plus élevée du cancer du poumon sont évidentes dans divers stratificateurs sociaux, dont le type de profession, la situation d'emploi et l'identité autochtone. La prévalence plus élevée du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire dans certaines populations est fortement influencée par les déterminants sociaux de la santé, y compris le revenu, le niveau de scolarité, les possibilités d'emploi, le traumatisme intergénérationnel, la discrimination et la marginalisation (6,42). De même, la prévalence du tabagisme et l'incidence du cancer du poumon suivent un gradient socioéconomique, avec des taux qui augmentent à mesure que le revenu et le niveau de scolarité diminuent. Ces conditions sociales, économiques et environnementales plus générales, qui dépendent de facteurs sociaux et structurels complexes de la santé, ont des effets importants sur le fardeau sanitaire disproportionné associé au tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire.

La mesure systématique des inégalités en santé des adultes canadiens aide à orienter et à renforcer les interventions visant à réduire les différences mises en lumière et leurs répercussions. Cependant, s'attaquer à ces inégalités exigera également des interventions sous forme de politiques visant notamment l'exposition à la fumée secondaire à la maison et dans les véhicules privés (13,14), ainsi que les facteurs sociodémographiques comme la province ou le territoire de résidence, le plus jeune âge, le statut de non-immigrant, le fait de recevoir des prestations d'aide sociale, et les ménages sans enfants de moins de 12 ans (14). À cette fin, la surveillance continue de ces inégalités en santé entre les groupes sociodémographiques et socioéconomiques permettra de déterminer comment elles évoluent au fil du temps en vue de guider les interventions, les programmes, les politiques et la recherche.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour le tabagisme.
Source des données : ESCC 2010–2013



Annexe 2. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'exposition à la fumée secondaire à la maison. Source des données : ESCC 2010-2013

Stratificateurs sociaux		Prévalence standardisée selon l'âge (%)			MESURES SOMMAIRES									MESURES DE L'IMPACT SUR LA POPULATION								
					Ratio de prévalence (RP)			Différence de prévalence (DP) pour 100			Fraction attribuable (FA%)			Fraction attribuable dans la population (FAP%)			Taux attribuable dans la population (TAP) pour 100			Nombre de personnes à risque dans la population (NRP)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Global	Les deux sexes	4.4	4.2	4.5					NA									*NA				
Groupes de population																						
Sexe-genre	Homme	4.5			NA	NA	1.1	NA	NA	0.2	NA	NA	6.6	NA	NA	2.2	NA	NA	0.1	NA	NA	29 910
	Femmes (référence)	4.2	NA		Référence																	
Identité autochtone	Première Nations hors réserve	8.5	8.7	8.6	2.0 *	2.1	1.9 *	4.2 *	4.5	4.1 *	49.6 *	52.1	46.2 *	1.1 *	1.2	1.1 *	0.0 *	0.1	0.0 *	10 260 *	5 350	4 750 *
	Métis	6.0	5.7 E	6.5	1.4 *	1.4 E	1.5	1.7 *	1.6 E	2.0	28.4 *	27.2 E	31.1	0.4 *	0.4 E	0.5	0.0 *	0.0 E	0.0	4 010 *	1 910 E	2 170
	Inuit	0.4 E	F	12 E	2.9 E	F	2.7 E	4.1 E	F	7.6 E	48.3 E	F	62.9 E	0.1 E	F	F	0.0 E	F	F	510 E	F	F
	Non-Autochtone (référence)	4.3	4.2	4.5	Référence																	
Origine culturelle/ raciale	Noir	2.9 E	3.1 E	2.7 E	0.6 * E	0.7 E	0.5 * E	-1.7 * E	-1.1 E	-2.3 * E	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Asiatique de l'Est/Sud-Est	2.1	2.0	1.7 E	0.7 *	1.0	0.3 * E	-1.5 *	-0.2	-2.3 * E	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Asiatique du Sud	2.2 E	2.5 E	1.8 E	0.5 * E	0.6 * E	0.4 * E	-2.4 * E	-1.7 * E	-3.2 * E	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Arabe/Asiatique de l'Ouest	4.6 E	5.9 E	3.6 E	1.0 E	1.4 E	0.7 E	0.0 E	1.7 E	-1.6 E	NA	25.4 E	NA	NA	0.5 E	NA	NA	0.0 E	NA	NA	2 090 E	NA
	Latino-Américain	2.9 E	3.0 E	F	0.6 * E	0.7 E	F	-1.8 * E	-1.2 E	F	NA	NA	F	NA	NA	F	NA	NA	F	NA	NA	F
	Autres origines/origines multiples	2.2 E	2.5 E	1.9 E	0.5 * E	0.6 * E	0.4 * E	-2.4 * E	-1.7 * E	-3.2 * E	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Blanc (référence)	4.6	4.2	5.1	Référence																	
Orientation sexuelle (âges 18 – 59 ans)	Bisexuelle	4.8 E	5.3 E	4.2 E	1.1 E	1.2 E	0.9	0.2 E	0.8 E	-0.4	5.2 E	15.7 E	NA	0.0 E	0.2 E	NA	0.0 E	0.0 E	NA	200 E	400 E	NA
	Lesbienne/Gai	5.5	4.9 E	5.9 E	1.2	1.1 E	1.2	0.9	0.4 E	1.2	16.2	7.6 E	19.9	0.2	0.1 E	0.4	0.0	0.0 E	0.0	1 590	270 E	1 260
	Hétérosexuelle (référence)	4.6	4.5	4.7	Référence																	
Santé fonctionnelle	Incapacité grave	6.1	5.9	6.3	1.5 *	1.4 *	1.7 *	2.4 *	2.1 *	2.8 *	39.3 *	36.5 *	44.0 *	6.6 *	6.7 *	6.5 *	0.3 *	0.3 *	0.3 *	42 100 *	22 300 *	19 850 *
	Incapacité modérée	5.2	5.2	5.3	1.2 *	1.3 *	1.2 *	1.6 *	1.5 *	1.7 *	29.8 *	28.4 *	31.4 *	5.4 *	5.5 *	5.4 *	0.2 *	0.2 *	0.2 *	53 030 *	26 480 *	24 670 *
	Incapacité légère	4.1	3.8	4.4	1.1	1.0	1.2	0.4	0.3	0.7	9.4	7.7	16.5	4.0	3.7	7.1	0.2	0.0	0.3	37 310	5 390	32 610
	Ne s'applique pas (référence)	3.7	3.7	3.7	Référence																	
Statut d'immigrant	Récent	3.1	3.6 E	2.2 E	0.6 *	0.8 E	0.5 *	-1.7 *	-0.8 E	-2.9 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	De longue date	3.2	3.7	2.6 E	0.7 *	0.8	0.5 *	-1.6 *	-0.7	-2.6 *	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Non-immigrant (référence)	4.8	4.4	5.2	Référence																	
Résidence en milieu rural/ urbain	Régions éloignées	5.9	5.2	6.6	1.6 *	1.5 *	1.6 *	2.2 *	1.7 *	2.6 *	36.3 *	32.7 *	38.9 *	2.8 *	2.5 *	3.3 *	0.1 *	0.1 *	0.2 *	26 160 *	10 800 *	15 360 *
	Régions rurales	6.5	5.8	7.2	1.7 *	1.6 *	1.8 *	2.7 *	2.3 *	3.2 *	41.6 *	38.7 *	43.8 *	6.2 *	5.2 *	7.2 *	0.3 *	0.2 *	0.3 *	57 700 *	24 030 *	33 660 *
	Petits centres urbains	5.3	4.4	6.3	1.3 *	1.2 *	1.5 *	1.5 *	0.9 *	2.2 *	28.6 *	19.5 *	35.5 *	4.3 *	2.8 *	5.9 *	0.2 *	0.1 *	0.3 *	35 200 *	11 400 *	26 770 *
	Toronto, Montréal et Vancouver	2.9	4.3	3.4	1.0	1.2 *	0.9 *	0.1	0.7 *	-0.6 *	2.9	17.3 *	NA	0.9	6.6 *	NA	0.0	0.3 *	NA	1 720	21 010 *	NA
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (référence)	3.8	3.6	4.0	Référence																	
Déterminants socioéconomiques de la santé																						
Quintile de revenu provincial	Q1 revenu le plus bas	5.8	5.0	6.0	1.7 *	1.5 *	1.8 *	2.3 *	2.2 *	2.6 *	42.4 *	44.5 *	42.5 *	8.9 *	10.7 *	8.2 *	0.4 *	0.4 *	0.4 *	82 100 *	49 130 *	27 090 *
	Q2	5.4	5.4	5.2	1.7 *	2.0 *	1.6 *	2.2 *	2.6 *	1.9 *	42.0 *	48.7 *	36.5 *	9.5 *	12.1 *	7.5 *	0.4 *	0.5 *	0.3 *	88 430 *	57 340 *	31 970 *
	Q3	4.4	4.6	4.3	1.4 *	1.7 *	1.3 *	1.3 *	1.8 *	0.9 *	30.0 *	39.4 *	21.1 *	5.8 *	8.5 *	3.8 *	0.3 *	0.3 *	0.2 *	52 700 *	37 020 *	17 420 *
	Q4	3.9	3.5	4.3	1.2 *	1.3	1.3 *	0.8 *	0.8	0.9 *	20.9 *	22.2	21.1 *	2.7 *	3.8	4.2 *	0.2 *	0.1	0.2 *	34 610 *	16 100	19 100 *
	Q5 revenu le plus élevé (référence)	3.1	2.8	2.4	Référence																	
Niveau de scolarité (âges 20 ans et plus)	Sans diplôme d'études secondaires	8.5	8.3	9.2	4.3 *	2.5 *	4.3 *	6.6 *	5.8 *	7.3 *	74.8 *	71.5 *	76.7 *	11.2 *	17.3 *	10.3 *	0.8 *	0.7 *	0.8 *	166 020 *	77 340 *	79 200 *
	Diplôme de l'école secondaire	5.0	4.8	5.2	2.3 *	2.1 *	2.4 *	2.8 *	2.5 *	3.0 *	55.9 *	52.1 *	56.2 *	10.7 *	10.4 *	10.6 *	0.5 *	0.4 *	0.5 *	93 850 *	46 280 *	46 010 *
	Études postsecondaires partielles	5.1	4.7	6.7	2.3 *	2.0 *	2.6 *	2.9 *	2.3 *	4.6 *	56.9 *	50.4 *	68.7 *	2.6 *	2.9 *	3.4 *	0.2 *	0.1 *	0.2 *	32 060 *	12 990 *	15 820 *
	Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	3.9	3.7	4.2	1.8 *	1.6 *	1.9 *	1.7 *	1.4 *	2.0 *	42.3 *	37.4 *	47.9 *	14.4 *	12.0 *	16.2 *	0.6 *	0.5 *	0.7 *	126 970 *	52 300 *	70 530 *
	Diplôme universitaire (référence)	2.2	2.3	2.1	Référence																	
Situation d'emploi (âges 15–75 ans)	Incapacité permanente de travailler	9.6	10.2 E	8.8 E	2.3 *	2.5 * E	1.9	5.2 *	6.0 * E	4.1	54.0 *	59.6 * E	46.8	2.7 *	3.5 * E	2.0	0.1 *	0.2 * E	0.1	24 970 *	15 750 * E	9 150
	Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	5.9	4.4	7.0	1.3 *	1.1	1.5 *	1.5 *	0.7	2.2 *	25.5 *	7.1	32.3 *	1.2 *	0.3	1.8 *	0.1 *	0.0	0.1 *	11 230 *	1 810	9 550 *
	Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	4.8	4.6	5.8	1.1	1.1	1.2	0.4	0.5	1.1	8.1	10.1	19.1	2.0	3.0	4.0	0.1	0.1	0.2	11 250	12 300	18 820
	Avait un emploi la semaine précédente (référence)	4.4	4.1	4.7	Référence																	
Profession (âges 15–75 ans)	Non qualifié	6.4	5.5	7.4	2.5 *	2.4 *	2.6 *	3.8 *	3.2 *	4.6 *	59.9 *	57.5 *	61.9 *	6.0 *	5.4 *	6.5 *	0.2 *	0.2 *	0.3 *	40 140 *	20 750 *	27 440 *
	Semi-qualifié	5.5	5.0	6.1	2.2 *	2.1 *	2.3 *	3.0 *	2.7 *	3.3 *	53.3 *	52.3 *	54.2 *	12.7 *	12.5 *	12.0 *	0.6 *	0.6 *	0.6 *	102 210 *	51 270 *	50 290 *
	Qualifié-Technicien-Superviseur	4.5	4.1	4.7	1.8 *	1.8 *	1.7	1.9 *	1.8 *	1.9	42.9 *	42.9 *	40.1	11.1 *	9.2 *	12.6	0.5 *	0.3 *	0.6	88 730 *	31 430 *	52 030
	Gestionnaire	3.1	3.4 E	2.8	1.2	1.5 E	1.0	0.5	1.1 E	-0.1	16.7	21.3 E	NA	1.0	1.6 E	NA	0.0	0.1 E	NA	7 660	6 260 E	NA
	Professionnel (référence)	2.6	2.3	2.8 E	Référence																	

NOTE :

LÉGENDE

Annexe 3. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour l'incidence du cancer du poumon. Source des données : RCC 2008–2010

Références

(1) Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, *et al.* Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances; 2006:1-14.

(2) World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.

(3) Société canadienne du cancer. [Internet]. Tabagisme et cancer [mise à jour en 2017; page consultée le 23 novembre 2017], [environ 6 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.cancer.ca/en/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/smoking-and-cancer/?region=on

(4) Krueger H, Krueger J, Koot J. Variation across Canada in the economic burden attributable to excess weight, tobacco smoking and physical inactivity. Canadian Journal of Public Health. 2015;106(4):e177-e177.

(5) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Internet]. Atlanta: Vital Signs: Disparities in Nonsmokers' Exposure to Secondhand Smoke — United States, 1999–2012 [mise à jour le 6 février 2015; page consultée le 23 novembre 2017], [environ 13 écrans]. Accessible à l'adresse : http://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2014_SHS_Table_A-12.pdf.

(6) Garrett BE, Dube SR, Babb S, McAfee T. Addressing the social determinants of health to reduce tobacco-related disparities. Nicotine Tobacco Res. 2014;17(8):892-7.

(7) Reading C, Loppie S, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Prince George, Colombie-Britannique; 2009.

(8) Collishaw N. History of tobacco control in Canada. Ottawa: Physicians for a Smoke-Free Canada; 2009 [page consultée le 23 novembre 2017].

(9) Eriksen M, Whitney C. Risk Factors: Tobacco. Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion: Springer; 2013. p. 115-136.

(10) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob Control. 1994;3(3):242.

(11) Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. Ann N Y Acad Sci. 2012;1248(1):107-23.

(12) Corsi DJ, Lear SA, Chow CK, Subramanian S, Boyle MH, Teo KK. Socioeconomic and geographic patterning of smoking behaviour in Canada: a cross-sectional multilevel analysis. PLoS One. 2013;8(2):e57646.

(13) Asbridge M, Ralph K, Stewart S. Private space second-hand smoke exposure and the mental health of non-smokers: A cross-sectional analysis of Canadian adults. Addict Behav. 2013;38(3):1679-86.

(14) Vozoris N, Lougheed MD. Second-hand smoke exposure in Canada: Prevalence, risk factors, and association with respiratory and cardiovascular diseases. Canadian Respiratory Journal. 2008;15(5):263-9.

(15) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(16) Curado M, Edwards B, Shin H, et al. Cancer Incidence in Five Continents. Lyon, France: nternational Agency for Research on Cancer (IARC); 2007 [page consultée le 23 novembre 2017].

(17) Mao Y, Hu J, Ugnat A, Semenciw R, Fincham S. Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada. Int J Epidemiol. 2001;30(4):809-17.

(18) Sidorchuk A, Agardh EE, Aremu O, Hallqvist J, Allebeck P, Moradi T. Socioeconomic differences in lung cancer incidence: a systematic review and meta-analysis. Cancer Causes & Control. 2009;20(4):459.

(19) Mitra D, Shaw A, Tjepkema M, Peters P. Déterminants sociaux de l'incidence du cancer du poumon au Canada : une étude prospective sur 13 ans. Rapports sur la santé, 17 juin 2015. 26(6):13-22.

(20) Carrière GM, Tjepkema M, Pennock J, Goedhuis N. Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998-2007. Int J Circumpolar Health. 2012;71(1):18581-8.

(21) Marrett LD, Chaudhry M. Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968-1991 (Canada). Cancer Causes & Control. 2003 Apr 2003;14(3):259-68.

(22) Partenariat canadien contre le cancer. Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport thématique spécial sur le rendement du système. 2014.

(23) Reid J, Hammond P, Driezen P. Socio-economic status and smoking in Canada, 1999-2006: Has there been any progresson disparities in tobacco use? Can J Public Health. 2010;101(1).

(24) Pampalon R, Hamel D, Gamache P. Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada. Rapports sur la santé, 2009, 20(4):95.

(25) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé-Statistique Canada, 1996, 7:37-50.

(26) Statistique Canada. [Internet]. *T*ableau 105-0503 : Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires [mise à jour le 16 juin 2015]. Accessible à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=1050503&retrLang=fra.

(27) Evans GW, Kantrowitz E. Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. Annu Rev Public Health. 2002;23(1):303-31.

(28) Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P editors. Social Inequalites and Cancer. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 1997.

(29) Nagelhout GE, de Korte-de Boer D, Kunst AE, van der Meer, Regina M, de Vries H, van Gelder BM, et al. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. BMC Public Health. 2012;12(1):303.

(30) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Internet]. Summary Health Statistics: National Health Interview Survey, 2014. Accessible à l'adresse : http://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2014_SHS_Table_A-12.pdf.

(31) Australian Institute of Health and Welfare. National Drug Strategy Household Survey detailed report 2013. 2014 .

(32) New Zealand Ministry of Health. Annual Update of Key Results 2014/15: New Zealand Health Survey [Internet]. Wellington: New Zealand Ministry of Health; 2015 [page consultée le 20 février 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.health.govt.nz/publication/annual-update-key-results-2014-15-new-zealand-health-survey.

(33) Health & Social Care Information Centre. Statistics on Smoking: England 2014. 2014 .

(34) Margerison-Zilko C, Cubbin C. Socioeconomic Disparities in Tobacco-Related Health Outcomes Across Racial/Ethnic Groups in the United States: National Health Interview Survey 2010. Nicotine & Tobacco Research. 2013;15(6):1161.

(35) Bonevski B, Paul C, Jones A, Bisquera A, Regan T. Smoky homes: Gender, socioeconomic and housing disparities in second hand tobacco smoke (SHS) exposure in a large population-based Australian cohort. Prev Med. 2014 3;60:95-101.

(36) Bougie E, Kohen D. Prévalence de l'usage du tabac chez les Inuits au Canada. Rapports sur la santé, 2017, 28(2):12-17.

(37) Action Cancer Ontario. Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II. Action Cancer Ontario; 2013 [page consultée le 23 novembre 2017].

(38) Orisatoki R. The public health implications of the use and misuse of tobacco among the Aboriginals in Canada. Global journal of health science. 2013;5(1):28-34.

(39) Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [Internet]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Fiche d'information sur le tabac [mise à jour en 2013; page consultée le 23 novembre 2017].

(40) Arthur P, Gonzalez E, Lam Y, Rice J, Rodriguez-Garavito C, Yashar D. Strengthening indigenous rights through truth commissions: A practitioner's resource. 2012:7 December 2017.

(41) Reading J. The tobacco report, Chapter 4. In First Nations and Inuit Regional Health Survey Regina, SK; 1999.

(42) Reading J. Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : approche fondée sur le parcours de vie. Ottawa (Ontario) : Sous-comité sénatorial sur la santé de la population; 2009.

(43) Jetty R, Banerji A, Berry M, Fraser-Roberts L, Goldade R, Irvine J, *et al.* L'utilisation du tabac à des fins rituelles et le tabagisme chez les enfants et les adolescents autochtones du Canada. Société canadienne de pédiatrie, 2017, 22(7):395-9.

(44) Young TK, Kelly JJ, Friborg J, Soininen L, Wong KO. Cancer among circumpolar populations: an emerging public health concern. Int J Circumpolar Health. 2016;75(1):29787-12.

(45) Gillespie J, Milne K, Wilson N. Secondhand smoke in New Zealand homes and cars: Exposure, attitudes, and behaviours in 2004. N Z Med J. 2005;118(1227):U1782.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ –
CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SOCIAL

INÉGALITÉS RELATIVES AUX BESOINS IMPÉRIEUX EN MATIÈRE DE LOGEMENT AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- Certains ménages canadiens ont des besoins impérieux en matière de logement. Cela signifie que leur logement est trop cher (il représente plus de 30 % du revenu total avant impôt du ménage), est surpeuplé (p. ex., il n'y a pas assez de chambres à coucher) ou est inadéquat (p. ex., il nécessite des réparations majeures).
- Dans le groupe au revenu le plus faible, la proportion de Canadiens qui vivent dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement est 7,4 fois plus élevée que dans le groupe au revenu le plus élevé. Pour 100 personnes, cela correspond à 64,4 personnes de plus qui vivent dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement.
- La prévalence des besoins impérieux en matière de logement est 2,0 fois plus élevée chez les immigrants récents que chez les personnes nées au Canada. Cela signifie que pour 100 personnes, 28,9 personnes de plus vivent dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement. Le pourcentage des Canadiens appartenant à une minorité visible qui ont des besoins impérieux en matière de logement est 1,8 fois plus élevé que celui des autres Canadiens. Pour 100 personnes, cela représente 22,2 personnes de plus qui vivent dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement.
- Les besoins impérieux en matière de logement sont 1,6 fois plus répandus chez les adultes sans emploi qui cherchent du travail que chez les adultes qui ont un emploi. Cela équivaut à 14,1 personnes de plus, pour 100 personnes, qui vivent dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement.

ACRONYME	NOM COMPLET
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
IC	Intervalles de confiance

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'important et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

Le logement est un déterminant social clé de la santé (1). Des conditions de logement défavorables, notamment la présence de moisissure, le surpeuplement et le manque d'abordabilité, ont été associées à une vaste gamme de problèmes de santé, comme les maladies respiratoires et d'autres maladies infectieuses, les maladies chroniques (comme l'asthme), les blessures, les carences alimentaires, les effets indésirables sur le développement des enfants et les problèmes de santé mentale (2).

Le concept de « besoins impérieux en matière de logement » permet d'évaluer les conditions de logement. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, un ménage a des besoins impérieux en matière de logement si le logement ne satisfait pas à une ou plusieurs des trois normes d'acceptabilité suivantes : la qualité (le logement ne nécessite aucune réparation majeure), la taille (le logement compte suffisamment de chambres étant donné la taille et la composition du ménage) et l'abordabilité (le ménage consacre moins de 30 % de son revenu total avant impôt au logement) (3). Un ménage a également des besoins impérieux en matière de logement si le coût des logements acceptables sur le marché local correspond à 30 % ou plus de son revenu avant impôt.

En 2011, 1,6 million de ménages canadiens (12,5 %) avaient des besoins impérieux en matière de logement (3). Bien que le pourcentage de ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement soit passé de 13,6 % en 1991 à 12,5 % en 2011, la croissance démographique fait en sorte que le nombre total de ménages ayant de tels besoins a augmenté de plus de 280000 au cours de ces 20 années (4). L'abordabilité est de loin la principale raison des besoins impérieux en matière de logement au Canada : entre 2001 et 2011, les logements inabordables étaient beaucoup plus courants (11,2–12,3 %) que les logements surpeuplés (1,7–2,0 %) ou nécessitant des réparations (1,9–2,1 %) (3).

Le logement – évalué en fonction des besoins impérieux en matière de logement – a été choisi en tant qu'indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie).

MÉTHODES

Les données relatives aux besoins impérieux en matière de logement proviennent de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011. Cette enquête auto-administrée est menée par Statistique Canada. Les données de l'ENM, qui complètent les données fournies par le Recensement de la population, ont été recueillies sur une base volontaire et contiennent des renseignements sur les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population et des ménages canadiens (5).

Les réponses concernant toutes les personnes vivant dans un même logement ont été recueillies auprès des participants de l'ENM âgés de 15 ans et plus. Les résultats sont présentés en fonction du nombre de personnes vivant dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement. Un ménage était considéré comme ayant des besoins impérieux en matière de logement si : a) son logement n'était pas conforme à au moins une des normes d'acceptabilité (qualité, taille et abordabilité); b) il lui faudrait consacrer 30 % ou plus de son revenu avant impôt pour payer le loyer médian d'un autre logement acceptable sur le marché local.

L'échantillon excluait les chefs de ménage âgés de 15 à 29 ans qui fréquentaient l'école à temps plein. La prévalence a été normalisée à l'aide de la méthode directe, laquelle consiste à pondérer la prévalence selon l'âge par groupe d'âge de 5 ans, en fonction de la répartition par âge du Recensement de 2011 de la population canadienne.

Les inégalités relatives aux taux de besoins impérieux en matière de logement ont été évaluées en mesurant les différences en fonction de stratificateurs sociaux, lesquels étaient regroupés en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les stratificateurs sociodémographiques comprennent le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'appartenance à une minorité visible[46], le statut d'immigrant et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques comprennent le revenu, le niveau de scolarité (20 ans et plus) et la situation d'emploi (18–75 ans). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique.

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ENM contient de l'information sur les besoins impérieux en matière de logement chez les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve. (Les coûts de logement de la plupart des membres des Premières Nations vivant dans des réserves sont payés par l'entremise d'ententes avec les bandes. Comme l'ENM ne recueille pas d'information sur les coûts d'habitation, il est impossible de déterminer l'élément d'abordabilité des besoins impérieux en matière de logement pour ces ménages.)

Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (6). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population

46. L'appartenance à une minorité visible n'a été évaluée que chez les non-Autochtones. En se fondant sur la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, l'Enquête nationale auprès des ménages définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (16).

a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

En 2011, un tiers (33,1 %; IC à 95 % : 32,8–33,4) des Canadiens vivaient dans un ménage ayant des besoins impérieux en matière de logement (annexe 1). Des inégalités statistiquement significatives ont été observées pour la plupart des stratificateurs sociaux. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Sexe ou genre

Il existait une légère différence dans la prévalence des besoins impérieux en matière de logement entre les hommes et les femmes. Chez les femmes de 15 à 75 ans, la prévalence représentait 1,1 (IC à 95 % : 1,1–1,1) fois la prévalence chez les hommes de la même tranche d'âge.

Peuples autochtones

La prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les Autochtones était plus élevée que chez les non-Autochtones au Canada. Dans la population des Premières Nations vivant hors réserve, la prévalence des besoins impérieux en matière de logement était 1,5 (IC à 95 % : 1,5–1,6) fois plus élevée que chez les non-Autochtones. Chez les Inuits, le ratio de prévalence était également de 1,5 (IC à 95 % : 1,1–1,8); parmi les Métis, il était de 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) (figure 1).

Appartenance à une minorité visible

La prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les Canadiens qui appartenaient à une minorité visible était de 1,8 (IC à 95 % : 1,7–1,8) fois la prévalence chez les Canadiens qui n'appartenaient pas à une minorité visible (figure 2).

Si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les membres des minorités visibles était égale à celle du reste de la population, il y aurait une réduction de 43,8 % (IC à 95 % : 42,7–44,8) chez les Canadiens appartenant à une minorité visible et une diminution de 12,4 % (IC à 95 % : 12,0–12,9 %) de la prévalence nationale globale. Cela correspondrait à 1 165 477 (IC à 95 % : 1 117 890–1 213 065) personnes en moins ayant des besoins impérieux en matière de logement.

> Si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement était la même chez les membres des minorités visibles et les personnes qui ne font pas partie des minorités visibles, la présence de besoins impérieux en matière de logement serait réduite de 43,8 % chez les membres des minorités visibles.

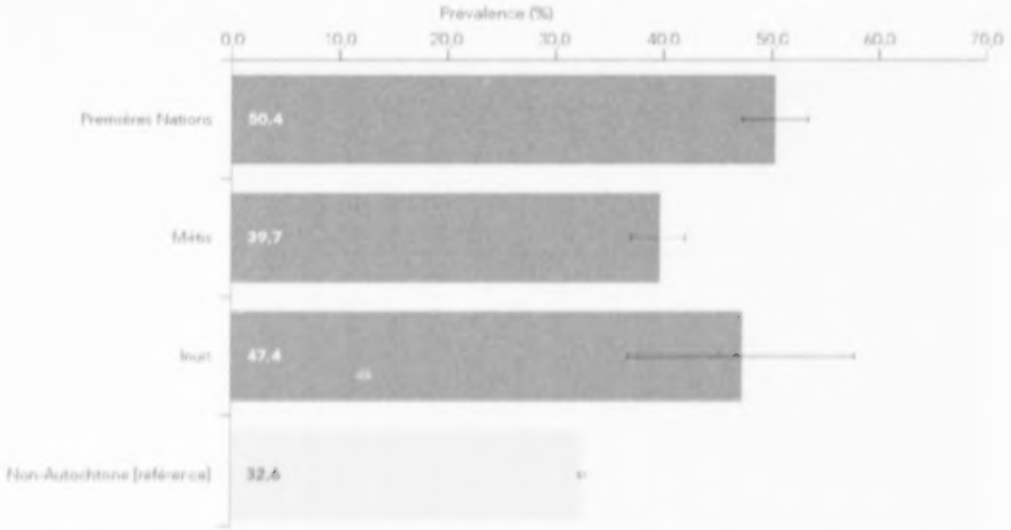
Statut d'immigrant

Les besoins impérieux en matière de logement étaient plus répandus chez les immigrants récents (≤ 10 ans) et les immigrants de longue date (> 10 ans) que chez les non-immigrants. La prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les immigrants récents correspondait à 2,0 (IC à 95 % : 1,9–2,0) fois la prévalence chez les non-immigrants, alors que chez les immigrants de longue date, la prévalence représentait 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois la prévalence chez les non-immigrants. Cela signifie qu'il y avait 28,9 % (IC à 95 % : 27,8–30,1) plus d'immigrants récents et 7,2 % (IC à 95 % : 6,0–8,4) plus d'immigrants de longue date qui avaient des besoins impérieux en matière de logement par rapport aux non-immigrants (figure 3).

Si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les immigrants récents était la même que chez les non-immigrants, il y aurait une réduction de 5,3 % (IC à 95 % : 5,0–5,6 %) de la prévalence nationale globale. Si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les immigrants de longue date était la même que chez les non-immigrants, il y aurait une réduction de 3,3 % (IC à 95 % : 2,8–3,8 %) de la prévalence nationale globale.

FIGURE 1

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon l'identité autochtone, Canada†, âges 15 ans et plus, 2011

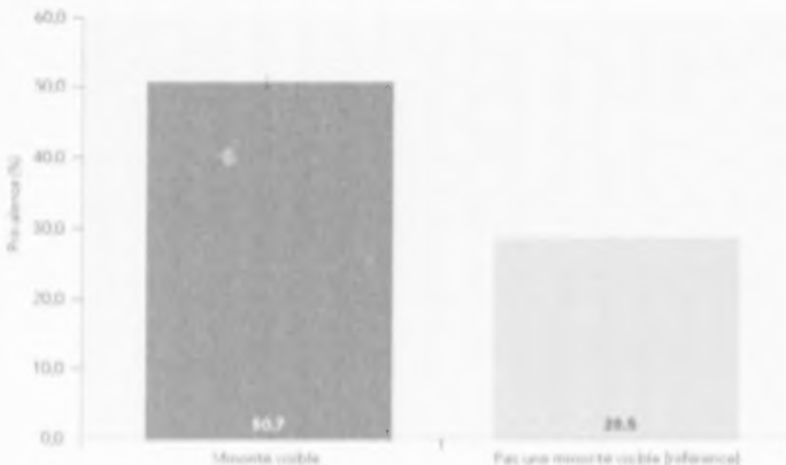


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations	1,5*	17,8*	35,3*	1,2*	6,4*	111 744*
Métis	1,2*	7,1*	17,8*	0,3*	0,1*	25 903*
Inuit	1,5*	14,9*	31,2	0,1*	0,0*	5 044*
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
† À l'exclusion des Premières Nations vivant sur réserve et des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

FIGURE 2

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon l'appartenance à une minorité visible, Canada†, âges 15 ans et plus, 2011

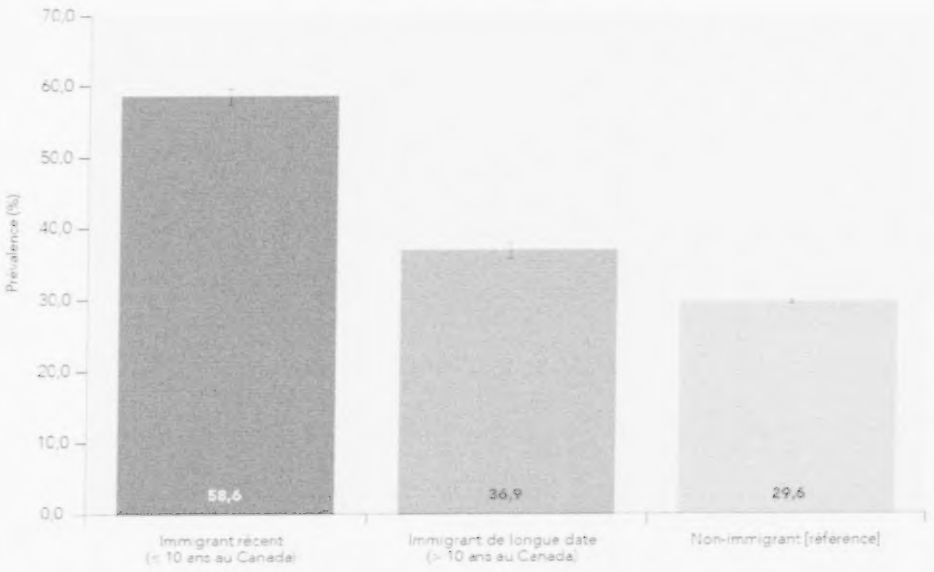


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Minorité visible	1,8*	22,2*	43,8*	12,4*	4,1*	1 165 477*
Pas une minorité visible [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans.
* : Significativement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011).

FIGURE 3

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon le statut d'immigrant, Canada†, âges 15 ans et plus, 2011



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	2,0*	28,9*	49,4*	5,3*	1,7*	497 242*
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	1,2*	7,2*	19,6*	3,3*	1,1*	306 627*
Non-immigrant (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Une désagrégation plus poussée des résultats relatifs aux groupes d'immigrants selon leur appartenance à une minorité visible révèle des inégalités supplémentaires dans les besoins impérieux en matière de logement. La prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les immigrants récents appartenant à une minorité visible était de 2,2 (IC à 95 % : 2,2–2,3) fois la prévalence chez les non-immigrants n'appartenant pas à une minorité visible. Chez les immigrants récents n'appartenant pas à une minorité visible, cette prévalence était de 1,7 (IC à 95 % : 1,6–1,8) fois la prévalence chez les non-immigrants n'appartenant pas à une minorité visible. Qui plus est, même si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement était plus faible chez les immigrants de longue date que chez les immigrants récents, elle demeurait plus élevée chez les immigrants de longue date appartenant à une minorité visible que chez les immigrants de longue date n'appartenant pas à une minorité visible (figure 4).

Revenu

Puisque l'abordabilité est un critère clé de l'acceptabilité du logement, il n'est pas surprenant que la prévalence des besoins impérieux en matière de logement augmente à mesure que le revenu diminue. Les Canadiens se situant dans le quintile de revenu le plus faible affichaient une prévalence des besoins impérieux en matière de logement de 7,4 (IC à 95 % : 7,1–7,7) fois la prévalence dans le quintile de revenu le plus élevé. La prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les Canadiens des deuxième, troisième et quatrième quintiles de revenu les plus faibles était, respectivement, 4,2 (IC à 95 % : 4,0–4,4) fois, 2,5 (IC à 95 % : 2,3–2,6) fois et 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,6) fois plus élevée que chez les Canadiens du quintile de revenu le plus élevé (figure 5).

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

Comme pour le revenu, la prévalence des besoins impérieux en matière de logement variait en relation inverse avec le niveau de scolarité. La prévalence des besoins impérieux en matière de logement chez les Canadiens de 20 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires était de 1,4 (IC à 95 % : 1,3–1,5) fois la prévalence parmi les diplômés universitaires (figure 6).

Si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement était la même chez les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires que chez les diplômés universitaires, il y aurait une réduction de 28,1 % (IC à 95 % : 24,0–32,3 %) de ces besoins chez les adultes canadiens n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Cela se traduirait par une réduction de 4,6 % (IC à 95 % : 3,8–5,3 %) de la prévalence nationale des besoins impérieux en matière de logement et 427 301 (IC à 95 % : 357 195–497 407) adultes canadiens en moins qui ont des besoins impérieux en matière de logement.

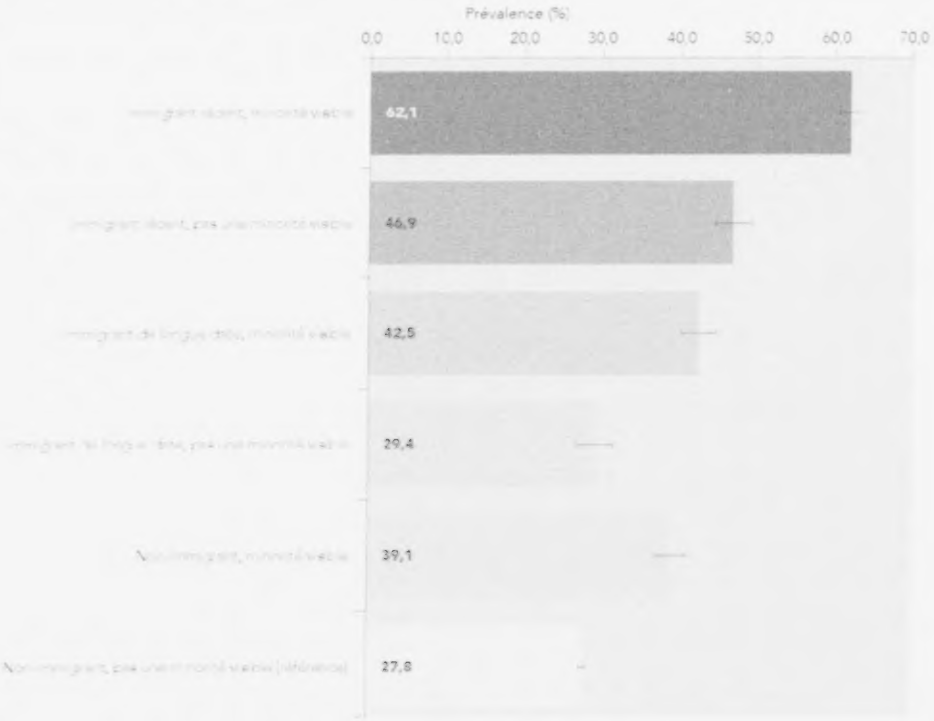
Des différences ont été observées entre les hommes et les femmes en fonction du niveau de scolarité, bien que le sens de cette différence varie selon le niveau de scolarité. Sauf chez les diplômés universitaires, les besoins impérieux en matière de logement étaient plus répandus chez les femmes que chez les hommes. Chez les diplômés universitaires, la tendance était inversée, la prévalence des besoins impérieux en matière de logement étant plus élevée chez les hommes.

Situation d'emploi

Les adultes canadiens sans emploi avaient une plus forte prévalence des besoins impérieux en matière de logement que les adultes canadiens qui avaient un emploi. Chez les personnes qui n'avaient pas d'emploi la semaine précédente et qui avaient cherché du travail, la prévalence des besoins impérieux en matière de logement représentait 1,6 (IC à 95 % : 1,5–1,7) fois la prévalence chez les adultes canadiens qui avaient un emploi. La différence était légèrement moins prononcée chez les personnes qui n'avaient pas d'emploi la semaine précédente et ne cherchaient pas de travail, soit 1,4 (IC à 95 % : 1,2–1,5) fois la prévalence chez les adultes canadiens ayant un emploi (figure 7).

FIGURE 4

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon le statut d'immigrant et l'appartenance à une minorité visible, Canada†, 2011

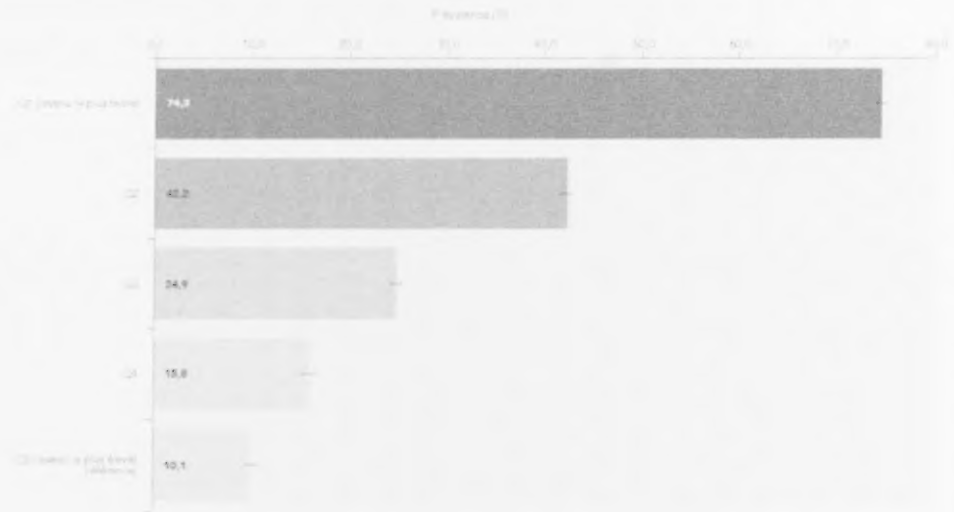


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA)%	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP)%	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent, minorité visible	2,2*	34,3*	55,2*	4,8*	1,6*	447 260*
Immigrant récent, pas une minorité visible	1,7*	19,1*	40,7*	0,8*	0,3*	74 239*
Immigrant de longue date, minorité visible	1,5*	14,7*	34,5*	3,6*	1,2*	334 794*
Immigrant de longue date, pas une minorité visible	1,1	1,5	5,2	0,3	0,1	29 881
Non-immigrant, minorité visible	1,4*	11,3*	28,8*	2,2*	0,7*	206 449*
Non-immigrant, pas une minorité visible [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans
* Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

FIGURE 5

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon le quintile de revenu, âges 15 ans et plus, Canada†, 2011

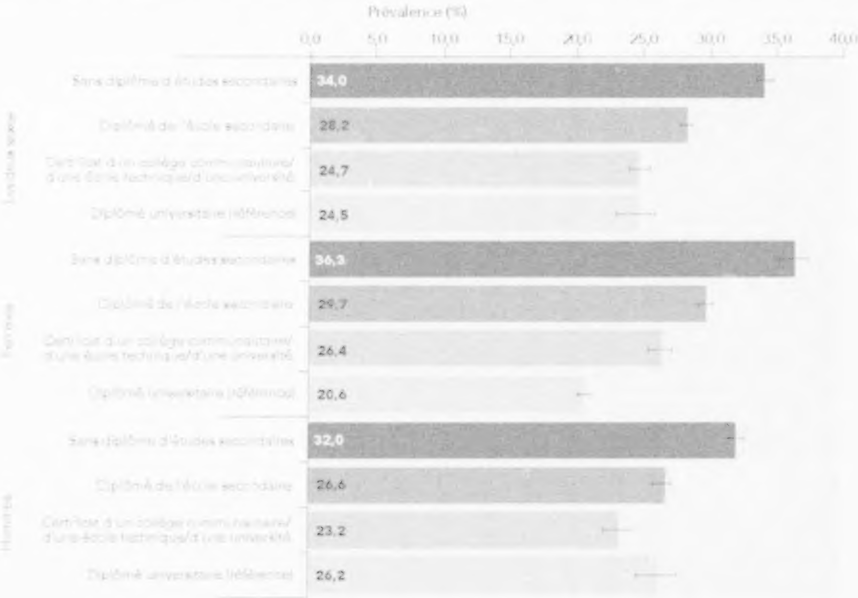


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus faible)	7,4*	64,4*	86,4*	37,1*	12,2*	3 475 261*
Q2	4,2*	32,1*	76,0*	19,6*	6,4*	1 840 140*
Q3	2,5*	14,8*	59,4*	9,1*	3,0*	853 410*
Q4	1,6*	5,7*	36,1*	3,5*	1,2*	332 048*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

FIGURE 6

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada†, âges 20 ans et plus, 2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPER)
Sans diplôme d'études secondaires	1,4*	9,6*	28,1*	4,6*	1,5*	427 301*
Diplôme de l'école secondaire	1,2*	3,7*	13,1*	2,5*	0,8*	237 803*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,0	0,3	1,2	0,3	0,1	27 582
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	1,8*	15,7*	43,2*	7,1*	2,4*	348 611*
Diplôme de l'école secondaire	1,4*	9,1*	30,6*	6,1*	2,1*	297 889*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,3*	5,7*	21,7*	5,5*	1,9*	270 294*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	1,2*	5,8*	18,1*	2,9*	0,9*	129 179*
Diplôme de l'école secondaire	1,0	0,5	1,8	0,3	0,1	14 752
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	0,9*	−3,0*	NA	NA	NA	NA
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Il y aurait une réduction de 37,6 % (IC à 95 % : 33,7–41,6 %) des besoins impérieux en matière de logement chez les adultes canadiens qui n'ont pas d'emploi et cherchent du travail si la prévalence était la même dans ce groupe que chez les adultes canadiens ayant un emploi. Cela équivaudrait à 147 020 (IC à 95 % : 128 311–165 729) adultes canadiens en moins qui ont des besoins impérieux en matière de logement.

Les femmes qui ont déclaré ne pas avoir d'emploi la semaine précédente et ne pas avoir cherché de travail présentaient une prévalence particulièrement élevée de besoins impérieux en matière de logement par rapport aux hommes dans la même situation d'emploi (35,7 % contre 26,7 %).

Résidence en milieu urbain ou rural

Les besoins impérieux en matière de logement variaient selon la résidence en milieu urbain ou rural[47]. Les besoins impérieux en matière de logement étaient 1,3 (IC à 95 % : 1,3–1,4) fois plus fréquents dans les grandes villes du Canada (Montréal, Toronto et Vancouver) que dans les petits centres urbains et les régions rurales et éloignées de la province. Ce ratio de prévalence était légèrement supérieur à celui des personnes vivant dans les autres grandes villes, pour qui la prévalence représentait 0,9 fois celle des personnes vivant ailleurs au pays (figure 8).

Si la prévalence des besoins impérieux en matière de logement était la même dans ces différents groupes, il y aurait une réduction de 23,3 % (IC à 95 % : 20,1–26,5 %) des besoins impérieux en matière de logement dans les trois plus grandes villes du Canada, et une réduction de 10,0 % (IC à 95 % : 8,6–11,4 %) du taux de besoins impérieux en matière de logement dans l'ensemble de la population canadienne. Cette réduction se traduirait par 935 673 (IC à 95 % : 803 637–1 067 709) personnes en moins qui ont des besoins impérieux en matière de logement au Canada.

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

De nombreux ménages canadiens inclus dans l'ENM ne peuvent pas être évalués en ce qui a trait aux besoins impérieux en matière de logement. C'est le cas des ménages qui ont déclaré avoir des coûts d'habitation qui dépassent leur revenu ou qui ont déclaré des revenus de zéro ou moins, ces deux réponses étant considérées comme impossibles à interpréter. De plus, si un chef de ménage a entre 15 et 29 ans et fréquente l'école à temps plein, le ménage n'est pas considéré comme ayant des besoins impérieux en matière de logement, même si le logement n'est pas conforme. Ceci est basé sur l'hypothèse qu'un logement inadéquat pour les étudiants à temps plein est une épreuve temporaire pendant une phase de la vie transitoire (4).

Les personnes qui vivent dans des logements de bande, soit la plupart des ménages des Premières Nations dans les réserves, sont exclues parce que les coûts de logement sont payés par l'entremise d'ententes avec les bandes. En l'absence de données distinctes sur les coûts d'habitation, il est impossible de déterminer si ces ménages ont des besoins impérieux en matière de logement en fonction du critère d'abordabilité. Pour des raisons similaires, les ménages agricoles sont exclus, car les coûts de possession d'une résidence située dans une exploitation agricole ne peuvent pas toujours être séparés des dépenses liées aux autres structures de l'exploitation (7).

Les données sur les besoins impérieux en matière de logement excluent les sans-abri – la population la plus défavorisée du point de vue du logement.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (6), le calcul des valeurs *p* confirmerait l'existence de différences statistiquement significatives.

47. Pour la définition des sous-groupes ruraux/urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 7

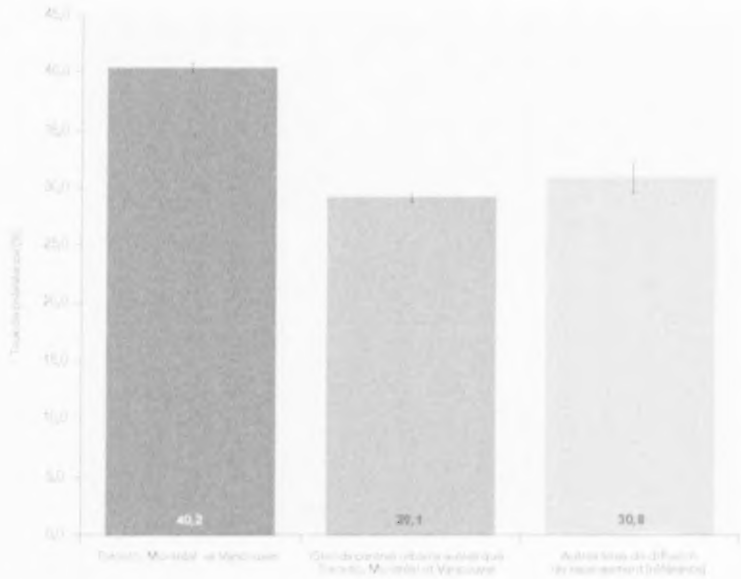
Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon la situation d'emploi et le sexe ou le genre, Canada†, âges 18–75 ans, 2011

LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FAS)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAPS)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,4*	8,3*	26,2*	0,2*	0,1*	21 212*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,6*	14,1*	37,6*	1,6*	0,5*	147 020*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,5*	11,1*	31,2*	0,3*	0,1*	14 477*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,7*	16,2*	39,8*	1,5*	0,5*	71 886*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,2	4,1	15,5	0,1	0,0	5 352
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	1,6*	12,6*	35,9*	1,7*	0,5*	75 323*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans.
* : Significativement différent de la catégorie de référence.
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011).

FIGURE 8

Individus ayant des besoins impérieux en matière de logement selon la résidence en mileu rural ou urbain, Canada†, âges 15 ans et plus, 2011



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Toronto, Montréal et Vancouver	1,3*	9,4*	23,3*	10,0*	3,3*	935 673*
Grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver	0,9*	−1,7*	NA	NA	NA	NA
Autres aires de diffusion de recensement (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
† À l'exclusion des étudiants à temps plein âgés de 15 à 29 ans
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Les données présentées sont transversales et visent à illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives aux besoins impérieux en matière de logement dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Comme les mesures utilisées pour quantifier les inégalités présentes dans les groupes sociaux sont définies en fonction de catégories générales, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogene de certains groupes (p. ex. les immigrants). À cause de ces grandes catégories, les taux peuvent être surestimés ou sous-estimés dans certains groupes (8). Le regroupement selon l'origine culturelle ou raciale peut également conduire à une surestimation ou à une sous-estimation des taux, en raison de l'inclusion de groupes hétérogènes dans une même catégorie sociale (9).

DISCUSSION

Les personnes vivant dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement sont désavantagées à plusieurs niveaux en ce qui concerne la santé et sur le plan social et économique. Or, les résultats présentés ci-dessus indiquent que des inégalités marquées persistent dans différents groupes démographiques au Canada relativement aux besoins impérieux en matière de logement.

Il existe une relation inverse évidente entre les besoins impérieux en matière de logement et le revenu ou le niveau de scolarité. Ainsi, la prévalence des besoins impérieux en matière de logement augmente à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent. Nos résultats concordent avec ceux d'autres recherches selon lesquelles l'insécurité économique est la principale raison pour laquelle de nombreux Canadiens éprouvent des besoins impérieux en matière de logement. D'autres recherches révèlent également que les ménages monoparentaux dirigés par des femmes sont plus susceptibles d'avoir des besoins impérieux en matière de logement que les autres types de ménages (10).

Les immigrants, en particulier ceux qui s'identifient comme membres des minorités visibles, sont représentés de façon disproportionnée parmi ceux qui vivent dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement. Bien que les conditions de logement semblent s'améliorer avec le temps écoulé depuis l'immigration, les immigrants de longue date appartenant à des minorités visibles continuent d'enregistrer une prévalence plus élevée des besoins impérieux en matière de logement que les non-immigrants n'appartenant pas à une minorité visible.

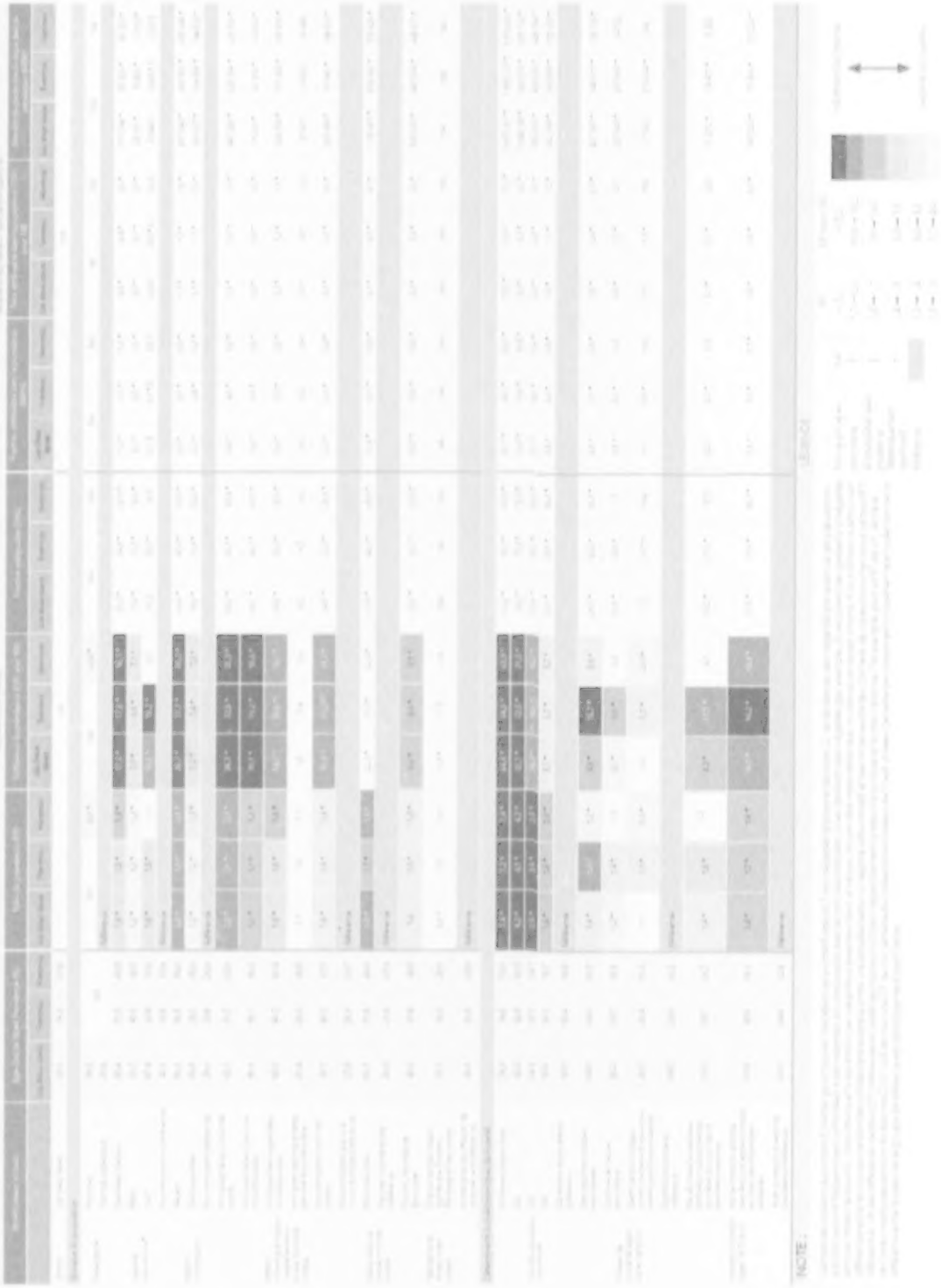
Les besoins impérieux en matière de logement touchent de nombreux ménages des membres des Premières Nations et ménages inuits. Contrairement à la majorité des ménages canadiens qui ont des besoins impérieux en matière de logement, la plupart des logements inuits concernés ne satisfont pas les critères de qualité ou de taille, plutôt que de l'abordabilité. Outre la pénurie de logements, les Inuits sont confrontés à de nombreux problèmes liés à la construction, à l'entretien, à la réparation et au chauffage de leurs résidences dans le climat arctique. La fonte du pergélisol peut fragiliser les fondations, causer des dommages structuraux et déstabiliser les bâtiments. Les obstacles liés à la réalisation de réparations majeures en région éloignée contribuent à la fréquence relativement élevée des besoins impérieux en matière de logement dans les ménages inuits (11).

D'autres recherches font également état des mauvaises conditions de logement des membres des Premières Nations vivant dans les réserves. Ces conditions comprennent le surpeuplement, le manque d'eau propre et la présence de moisissure et d'autres contaminants (12). Même si les données de l'ENM ne permettent pas de déterminer l'abordabilité du logement – et par conséquent, les besoins impérieux en matière de logement – chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, il est

toutefois possible d'examiner la qualité et la taille des logements. En 2011 dans les réserves, 28,9 % des ménages vivaient dans une habitation non conforme à la norme de qualité, 10,4 %, dans une habitation non conforme à la norme de taille et 10,5 %, dans une habitation non conforme à ces deux normes (10).

L'incapacité de répondre aux besoins impérieux en matière de logement peut entraîner une plus grande exposition aux allergènes et aux toxines physiques et environnementales (13), en plus d'avoir un effet négatif sur la santé physique et mentale autodéclarée (14) et d'augmenter le risque de contracter certaines maladies infectieuses et chroniques, en particulier chez les enfants (2,14, 15). Lorsqu'on examine les logements dont la qualité, la taille et l'abordabilité ne sont pas acceptables, un gradient socioéconomique général se dessine : les taux de besoins impérieux en matière de logement augmentent à mesure que les niveaux de revenus et de scolarité diminuent. Plusieurs stratificateurs sociaux révèlent également des inégalités similaires, notamment le statut d'immigrant, l'origine ethnique et l'identité autochtone. Des interventions stratégiques s'imposent au niveau de l'environnement global, y compris en ce qui concerne le statut socioéconomique, les caractéristiques du voisinage, les conditions de logement et la disponibilité de logements locatifs adéquats et abordables (2). Afin de soutenir ces politiques, la recherche et l'intervention sur les facteurs qui influencent en amont les inégalités en santé liées aux besoins impérieux en matière de logement aideront à mieux comprendre les environnements sociaux, économiques et physiques associés, leur contribution au bien-être personnel et social, ainsi que les répercussions sur les déterminants de la santé, y compris l'emploi et la solidarité communautaire. La surveillance continue et la mesure de la répartition des besoins impérieux en matière de logement dans les différents groupes sociodémographiques et socioéconomiques du Canada fourniront des renseignements essentiels, qui permettront d'éclairer les programmes, les politiques et la recherche maintenant et dans l'avenir.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour les besoins impérieux en matière de logement. Source des données : ENM 2011



Références

(1) Commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission des déterminants sociaux de la santé, rapport final. [Internet]. Genève, Organisation mondiale de la santé; 2008 [page consultée le 31 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44083/1/9789242563702_fre.pdf.

(2) Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. Am J Public Health. 2002 May;92(5):758-68.

(3) Société canadienne d'hypothèques et de logement. [Internet]. Ottawa : Société canadienne d'hypotheques et de logement; 2016. En quoi consistent les besoins impérieux en matière de logement? [Mise à jour le 23 mars 2016; page consultée le 31 mars 2017]; [environ 9 écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/clfihaclin/observateur/observateur_044.cfm.

(4) Cooper S, Skelton I, Canadian Centre for Policy Alternatives--Manitoba, Canadian Electronic Library (Firm). Addressing core housing need in Canada. Winnipeg, Manitoba: Canadian Centre for Policy Alternatives, Manitoba Office; 2015.

(5) Statistique Canada. [Internet]. Ottawa, Statistique Canada; 2011. Enquête nationale auprès des ménages (ENM) [mise à jour le 5 octobre 2011, page consultée le 31 mars 2017]; [environ 9 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5178.

(6) du Prel JB, Hommel G, Röhrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: Part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Deutsches Ärzteblatt International. 2009;106(19):335.

(7) Co-operative Housing Federation of Canada. The Dunning report: Dimensions of core housing need in Canada, second edition [Internet]. Ottawa: Co-operative Housing Federation of Canada; août 2009 [page consultée le 31 mars 2017]. Accessible à l'adresse : https://chfcanada.coop/wp-content/uploads/2017/05/DunningReport2009EnWeb.pdf.

(8) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé 1996 printemps;7 n° 82-003 au catalogue (4):37-50.

(9) Edwards C, Fillingim R, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain. 2001 Nov;94(2):133-7.

(10) Société canadienne d'hypothèques et de logement. Abordabilité et besoins en matière de logement : un chapitre de L'Observateur du logement au Canada. L'Observateur du logement au Canada 2014 Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement; 2014

(11) Société canadienne d'hypothèques et de logement. Série sur les conditions de logement selon les données du Recensement et de l'Enquête nationale auprès des ménages : numéro 5 – Ménages inuits au Canada. Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement; novembre 2015 [page consultée le 31 mars 2017].

(12) Gaetz S, Gulliver T et Richter T. L'état de l'itinérance au Canada 2014 [Internet]. Toronto, The Homeless Hub Press ; 2014 [page consultée le 31 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2014FR.pdf.

(13) Rauh VA, Landrigan PJ, Claudio L. Housing and health. Ann N Y Acad Sci. 2008;1136(1):276-88.

(14) Wood L. Housing and health: Unlocking opportunity [Internet]. Toronto: Toronto Public Health; octobre 2016 [page consultée le 31 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2016/hl/bgrd/background-file-97428.pdf.

(15) Balestra C and Sultan J. Home sweet home: The determinants of residential satisfaction and its relation with well-being [Internet]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD); 2013; 2013 [page consultée le 27 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=STD/DOC(2013)5&docLanguage=En.

(16) Statistique Canada. [Internet]. Statistique Canada; Minorité visible [mise à jour en 2016]. Accessible à l'adresse : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/pop127-fra.cfm.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ –
FACTEURS STRUCTURELS

DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

INÉGALITÉS RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- La vulnérabilité sur le plan du développement est une mesure de la situation d'un enfant de maternelle relativement à certains indicateurs qui permettent de prédire la santé physique et le bien-être à l'âge adulte.
- Pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, les garçons affichaient des pourcentages de vulnérabilité supérieurs à ceux des filles en ce qui concerne le développement de la petite enfance.
- La proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était 2,2 fois plus élevée dans les quartiers les plus défavorisés matériellement et socialement que dans les quartiers les moins défavorisés. Cela équivaut à 21,1 % plus d'enfants vulnérables sur le plan du développement dans les quartiers les plus défavorisés, par rapport aux quartiers les moins défavorisés socialement et matériellement.
- La proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement est plus élevée de 24 points de pourcentage chez les personnes qui se sont identifiées comme Autochtones, comparativement aux non-Autochtones (48,9 % contre 24,9 %). La prévalence est ainsi 2,0 fois supérieure chez les enfants autochtones de maternelle que les enfants non-Autochtones de maternelle.
- Le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance était 1,8 fois plus élevé dans les quartiers ayant les plus faibles revenus que dans les quartiers ayant les revenus les plus élevés. Cela équivaut à 15,7 % plus d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement dans les quartiers ayant les plus faibles revenus.

ACRONYME	NOM COMPLET
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
IC	Intervalles de confiance
RT	Ratio de taux

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

La petite enfance désigne la période qui va de la naissance à l'âge de 5 ans. Les données semblent indiquer que dans les premières années de vie, le cerveau subit des changements majeurs et établit les bases de la santé et du bien-être futurs (1). Il a été démontré que les vulnérabilités sur le plan du développement sont associées à un certain nombre de conséquences sanitaires et sociales à un âge plus avancé, telles que les maladies chroniques, les problèmes de santé mentale, la littératie et la participation économique (2,3). Le développement du cerveau est de toute évidence affecté par l'exposition à la pauvreté (4,5).

Divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux influent sur le développement de la petite enfance, notamment les conditions de logement et les caractéristiques du quartier, les compétences parentales, le niveau de scolarité des parents et l'accès à une alimentation saine (6,7). Les inégalités dans l'existence de conditions favorables sur ces plans peuvent avoir des répercussions négatives, qui sont susceptibles de perdurer tout au long de la vie.

Selon les données de l'indicateur du développement de la petite enfance, environ le quart des enfants canadiens de maternelle sont vulnérables dans au moins un domaine du développement avant leur entrée en première année (8). Ces vulnérabilités, qui sont plus fréquentes dans certaines sous-populations, peuvent prédire les résultats en littératie et en numératie chez les enfants de moins de 12 ans (9,10). Au niveau sociétal, les interventions visant à améliorer le développement sain de l'enfant ont été liées à la croissance économique et à la prospérité, en brisant le cycle de l'inégalité (11,12). Le développement de la petite enfance a été choisi en tant qu'indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie).

MÉTHODES

Les données utilisées pour évaluer le développement de la petite enfance proviennent de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE). Cet outil validé et fiable au niveau de la population permet à un enseignant d'évaluer la maturité scolaire d'un enfant, en fonction de ses connaissances et de l'observation de l'enfant au cours de l'année scolaire en maternelle (quand l'enfant a entre 3,5 et 6,5 ans). Élaboré par l'Offord Centre for Child Studies de l'Université McMaster (13), l'IMDPE comporte 103 questions. Il permet de mesurer cinq domaines clés du développement de la petite enfance qui sont de bons prédicteurs des résultats sur le plan de la santé et de l'éducation, ainsi que des résultats sociaux à l'âge adulte : santé physique et bien-être; compétences sociales; maturité affective; développement cognitif et langagier; habiletés de communication et connaissances générales.

Les enfants de maternelle dont les scores de l'IMDPE se situent dans les dix premiers centiles pour un domaine donné sont considérés comme « vulnérables » dans ce domaine; ceux qui ont une ou plusieurs vulnérabilités sont considérés comme globalement vulnérables (14,15). Ces enfants risquent davantage d'être confrontés à des difficultés scolaires et d'apprentissage (16,17).

Au moment de l'analyse ayant servi à la rédaction du présent rapport, les provinces et territoires suivants avaient recueilli des données au moyen de l'IMDPE pour l'ensemble de la province ou du territoire : Colombie-Britannique (données collectées pour l'année scolaire 2010–2011), Saskatchewan (2010–2011), Manitoba (2010–2011), Ontario (2011–2012), Québec (2011–2012), Nouveau-Brunswick (2008–2009), Île-du-Prince-Édouard (2007–2008), Yukon (2011–2012) et Territoires du Nord-Ouest (2011–2012). En 2011, ces provinces et territoires représentaient 84,8 % de la population canadienne totale. Environ 258 000 enfants de maternelle ont été inclus dans l'analyse.

Les inégalités relatives au développement de la petite enfance ont été évaluées en mesurant les différences entre les pourcentages d'enfants de maternelle qui étaient vulnérables dans un ou plusieurs domaines du développement en fonction de stratificateurs sociaux, lesquels étaient regroupés en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les stratificateurs sociodémographiques comprennent le sexe ou le genre, l'identité autochtone et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques comprennent le revenu, le niveau de scolarité, le statut d'immigrant et la défavorisation sociale et matérielle.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (18). Les inégalités propres au sexe ou au genre pour les différents stratificateurs sociaux ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les garçons et les filles étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de taux (RT), différence de taux, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

L'IMDPE fournit peu de renseignements démographiques et socioéconomiques sur chaque enfant. L'information sur le développement de l'enfant, le sexe et l'identité autochtone[48] provient des enseignants de maternelle. Des mesures de type géographique ont été calculées au niveau de l'aire de diffusion, en utilisant les données du Recensement de la population de 2006, pour évaluer les inégalités en fonction des différents stratificateurs sociaux. Par conséquent, ces résultats s'appliquent au niveau de l'aire de diffusion et non au niveau individuel.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Des inégalités en ce qui concerne la vulnérabilité sur le plan du développement ont été observées pour chacun des stratificateurs sociaux analysés dans le présent rapport. Le pourcentage de garçons vulnérables sur le plan du développement était plus élevé que le pourcentage des filles pour tous les stratificateurs sociaux. Les paragraphes suivants mettent en évidence les inégalités absolues et relatives les plus prononcées quant au développement de la petite enfance dans divers

48. Dans le guide de l'IDMPE, l'instrument de mesure du développement de la petite enfance utilise le terme « Autochtone », qui comprend les Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, les Métis et les Inuits (Janus et coll., 2007). Par conséquent, les données de l'IDMPE utilisées dans le présent rapport ne permettent pas de faire la distinction entre les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis.

groupes démographiques. (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Peuples autochtones

La proportion d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de l'IMDPE était deux fois plus élevée chez ceux qui étaient identifiés comme Autochtones que chez ceux qui ne l'étaient pas (ratio de taux [RT] = 2,0; IC à 95 % : 1,9–2,0). Cela vaut à 24 % (IC à 95 % : 23,1–25,0) plus d'enfants autochtones que d'enfants non autochtones qui sont vulnérables sur le plan du développement en maternelle (figure 1).

Si la proportion d'enfants autochtones vulnérables sur le plan du développement en maternelle était la même que celle des enfants non autochtones, il y aurait chaque année environ 2756 (IC à 95 % : 2580–2935) enfants autochtones en moins qui ont une vulnérabilité sur le plan du développement au Canada (figure 1).

Les inégalités relatives pour ce qui est de la vulnérabilité sur le plan du développement entre les enfants de maternelle autochtones et non autochtones étaient plus prononcées chez les filles (RT = 2,3; IC à 95 % : 2,2–2,3) que chez les garçons (RT = 1,8; IC à 95 % : 1,8–1,9). Cependant, les garçons autochtones affichaient le plus haut taux de vulnérabilité dans au moins un domaine du développement, soit 57,8 % (56,5–59,0 %), parmi tous les groupes d'enfants autochtones et non autochtones.

Statut d'immigrant

Le pourcentage d'élèves de maternelle vulnérables sur le plan du développement était 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois plus élevé parmi les enfants qui vivaient dans une zone comptant une forte proportion de résidents nés à l'étranger, en comparaison des enfants qui vivaient dans un quartier comptant peu de personnes nées à l'étranger. Cela signifie qu'il y avait 5,7 % (IC à 95 % : 5,1–6,2) plus d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement dans les quartiers où la proportion de résidents nés à l'étranger était élevée que dans les quartiers où la proportion de résidents nés à l'étranger était faible (figure 2).

Si elle correspondait à celle des quartiers à faible proportion de résidents nés à l'étranger, la proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement serait réduite de 18,5 % (IC à 95 % : 17,0–20,0 %) dans les quartiers comptant une importante population née à l'étranger. Cela se traduirait par une réduction de 2,8 % (IC à 95 % : 2,5–3,1 %) de la proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement au Canada.

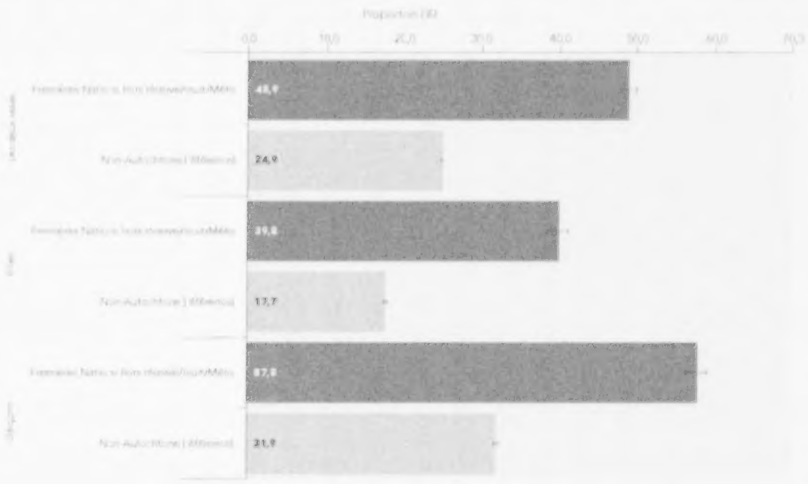
Le ratio du pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement dans les zones à proportion élevée de résidents nés à l'étranger et du pourcentage dans les zones à faible proportion de résidents nés à l'étranger était similaire pour les garçons et les filles – 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,2) contre 1,3 (IC à 95 % : 1,3–1,4). Cependant, la proportion de garçons vulnérables sur le plan du développement était plus grande que la proportion de filles dans chaque type de quartier analysé. Cette différence était plus prononcée dans les quartiers comptant une proportion élevée de résidents nés à l'étranger. Dans ces quartiers, le pourcentage de garçons vulnérables sur le plan du développement atteignait 37,7 % (IC à 95 % : 36,9–38,4 %), comparativement à 23,2 % (IC à 95 % : 22,6–23,9 %) pour les filles (figure 2).

Revenu

Un gradient manifeste lie la proportion croissante d'enfants vulnérables sur le plan du développement à mesure que le revenu du quartier diminue. Même si les inégalités décrites ici concernent les deux groupes de revenus situés aux extrêmes du spectre, il convient de noter que des inégalités importantes sont évidentes dans tous les groupes de revenus.

FIGURE 1

Vulnérabilité dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance selon l'identité autochtone et le sexe ou le genre, Canada, âges 4–6 ans, 2007–2012

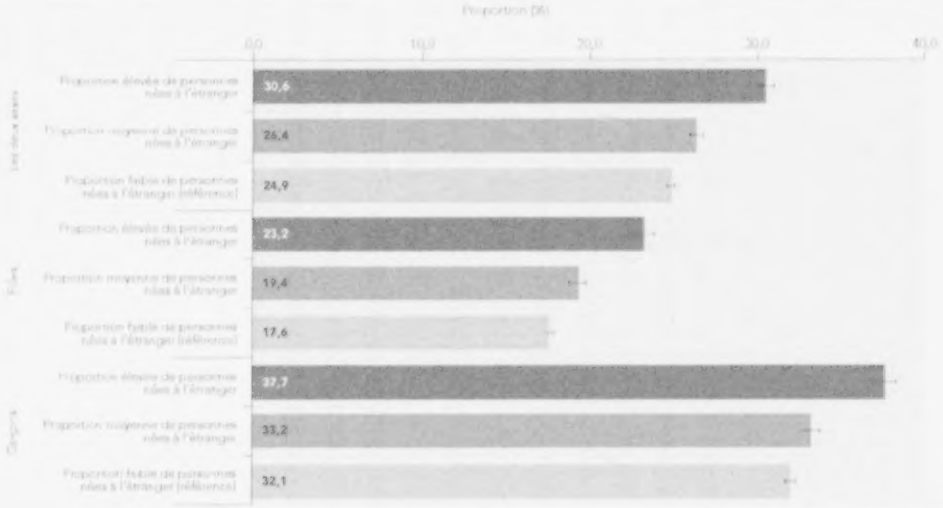


	RATIO DE PROPORTION (RP)	DIFFÉRENCE DE PROPORTION (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NFRP)
LES DEUX SEXES						
Premières Nations hors réserve/Inuit/Métis	2,0*	24,0*	49,2*	4,2*	1,1*	2 756*
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FILLES						
Premières Nations hors réserve/Inuit/Métis	2,3*	22,1*	55,6*	5,4*	1,0*	1 254*
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
GARÇONS						
Premières Nations hors réserve/Inuit/Métis	1,8*	25,9*	44,9*	3,6*	1,2*	1 501*
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La stratification écologique des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Instrument de mesure du développement de la petite enfance , Université de McMaster, Offord Centre for Child Studies (2007–2012)

FIGURE 2

Vulnérabilité dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, âges 4–6 ans, 2007–2012



	RATIO DE PROPORTION (RP)	DIFFÉRENCE DE PROPORTION (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Proportion élevée de personnes nées à l'étranger	1,2*	5,7*	18,5*	2,8*	0,7*	1 855*
Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	1,1*	1,5*	5,7*	1,1*	0,3*	717*
Proportion faible de personne nées à l'étranger [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FILLES						
Proportion élevée de personnes nées à l'étranger	1,3*	5,6*	24,2*	3,9*	0,7*	906*
Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	1,1*	1,7*	9,0*	1,7*	0,3*	406*
Proportion faible de personne nées à l'étranger [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
GARÇONS						
Proportion élevée de personnes nées à l'étranger	1,2*	5,6*	14,9*	2,2*	0,7*	932*
Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	1,0*	1,2*	3,5*	0,7*	0,2*	280*
Proportion faible de personne nées à l'étranger [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique du statut d'immigrant tirées du Recensement de la population de 2006
La stratification écologique des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Instrument de mesure du développement de la petite enfance , Université de McMaster, Offord Centre for Child Studies (2007–2012)

Dans les quartiers aux revenus les plus faibles, le pourcentage d'enfants de maternelle qui étaient vulnérables dans au moins un domaine de l'IMDPE représentait 1,8 (IC à 95 % : 1,8–1,8) fois le pourcentage correspondant dans les quartiers aux revenus les plus élevés. Il y avait 15,7 % (IC à 95 % : 15,1–16,2) plus d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement dans les quartiers aux revenus les plus faibles que dans les quartiers aux revenus les plus élevés (figure 3).

Si la proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était aussi basse dans les quartiers aux revenus les plus faibles que dans les quartiers aux revenus les plus élevés, cette proportion serait réduite de 44,7 % (IC à 95 % : 43,5–45,9 %) dans les quartiers aux revenus les plus faibles. Cela se traduirait par une diminution de 11,3 % (IC à 95 % : 10,9–11,7 %) du pourcentage global d'enfants de maternelle vulnérables. En théorie, il y aurait alors 7511 (IC à 95 % : 7141–7886) cas de vulnérabilité en moins chaque année chez les enfants canadiens en maternelle. Dans les quartiers ayant les plus faibles revenus, 42,9 % (IC à 95 % : 42,3–43,5 %) des garçons étaient vulnérables sur le plan du développement, comparativement à 27,2 % (IC à 95 % : 26,7–27,8 %) des filles (figure 3).

Une plus grande inégalité relative a été observée chez les filles que chez les garçons. La proportion de filles vulnérables sur le plan du développement était 2,1 (IC à 95 % : 2,0–2,2) fois supérieure dans les quartiers à faible revenu par rapport aux quartiers à revenu élevé. En comparaison, la proportion de garçons vulnérables sur le plan du développement qui vivaient dans des quartiers à faible revenu était de 1,7 (IC à 95 % : 1,6–1,7) fois la proportion correspondante dans les quartiers à revenu élevé. Cependant, sur une échelle absolue, les garçons ont obtenu de moins bons résultats que les filles : il avait 17,3 % (IC à 95 % : 16,5–18,1) plus de garçons vulnérables dans les quartiers à faible revenu que de garçons vulnérables dans les quartiers aux revenus les plus élevés. Chez les filles de maternelle, cette différence était de 14,2 % (IC à 95 % : 13,5–14,9).

Niveau de scolarité

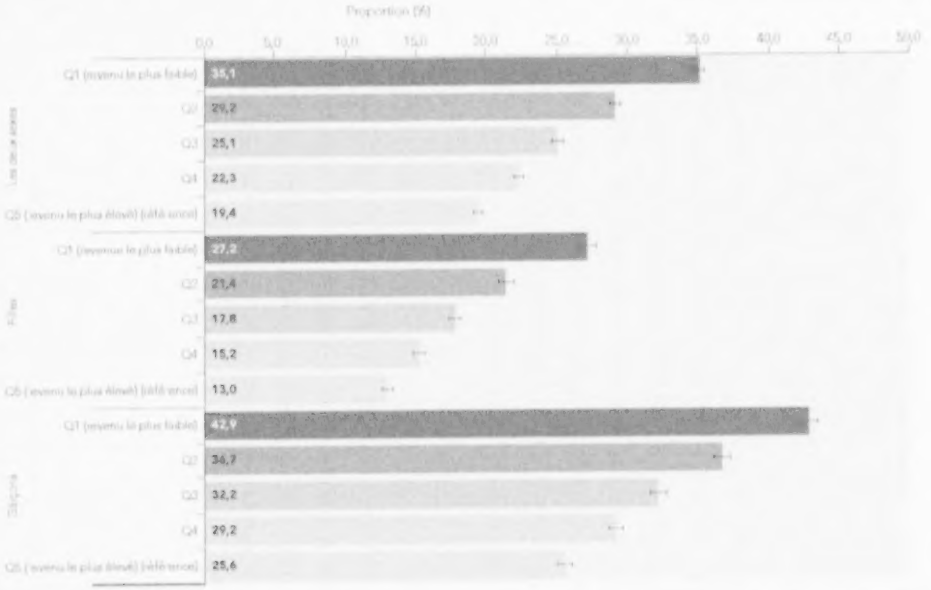
Vivre dans un quartier où le niveau de scolarité est globalement inférieur a également été associé au niveau de vulnérabilité d'un enfant sur le plan du développement, la répartition des inégalités étant similaire à celle observée pour le revenu. La proportion d'enfants de maternelle ayant une vulnérabilité dans au moins un domaine de développement était 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,3) fois supérieure dans les quartiers ayant les plus faibles niveaux moyens de scolarité par rapport aux quartiers ayant le plus haut niveau de scolarité (figure 4).

Si le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était aussi bas dans les quartiers où le niveau de scolarité est le plus faible que dans les quartiers où le niveau de scolarité est le plus élevé, ce pourcentage serait réduit de 20,4 % (IC à 95 % : 18,6–22,0 %). Par conséquent, au Canada, la proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement diminuerait de 4,4 % (IC à 95 % : 4,0–4,9 %), soit potentiellement 2941 (IC à 95 % : 2600–3286) cas de vulnérabilité en moins par année.

Les garçons étaient plus vulnérables que les filles dans tous les quintiles de scolarité, bien que l'inégalité relative soit plus importante chez ces dernières. La proportion de filles vulnérables sur le plan du développement dans les quartiers ayant le niveau de scolarité le plus faible était de 1,3 (IC à 95 % : 1,3–1,4) fois la proportion correspondante dans les quartiers où le niveau de scolarité est élevé. La proportion de garçons vulnérables sur le plan du développement vivant dans les quartiers ayant le niveau de scolarité le plus faible était de 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,2) fois la proportion correspondante dans les quartiers où le niveau de scolarité est élevé. Cependant, sur une échelle absolue, les garçons ont obtenu de moins bons résultats que les filles. Il y avait 6,3 % (IC à 95 % : 5,5–7,2) plus de garçons vulnérables dans le quintile correspondant au niveau de scolarité le plus faible que dans le quintile du niveau de scolarité le plus élevé. Pour les filles, cette différence était de 5,4 % (IC à 95 % : 4,7–6,1).

FIGURE 3

Vulnérabilité dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance selon le quintile de revenu et le sexe ou le genre, Canada, âges 4–6 ans, 2007–2012

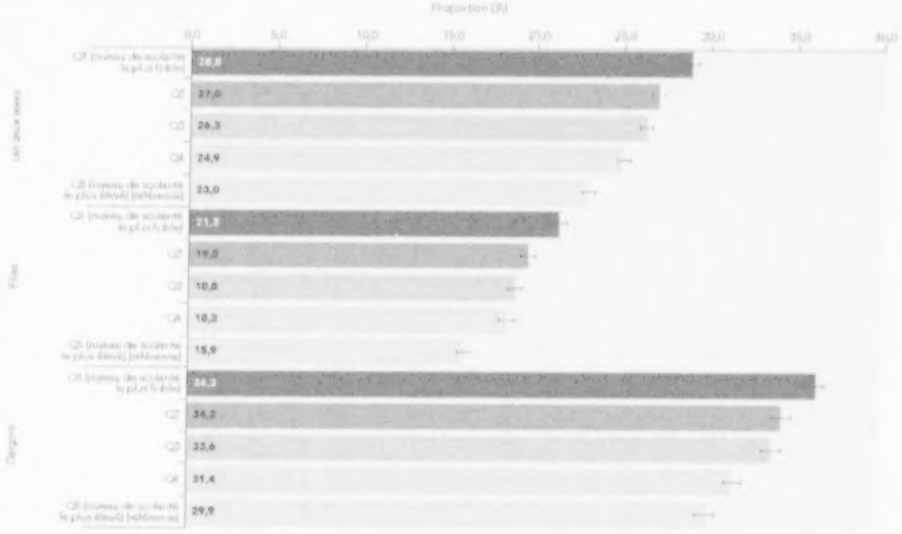


	RATIO DE PROPORTION (RP)	DIFFÉRENCE DE PROPORTION (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Q1 (revenu le plus faible)	1,8*	15,7*	44,7*	11,3*	2,9*	7 511*
Q2	1,5*	9,8*	33,4*	7,1*	1,8*	4 722*
Q3	1,3*	5,7*	22,5*	4,4*	1,2*	2 952*
Q4	1,1*	2,9*	12,9*	2,4*	0,6*	1 604*
Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FILLES						
Q1 (revenu le plus faible)	2,1*	14,2*	52,1*	14,3*	2,7*	3 387*
Q2	1,6*	8,4*	39,1*	8,4*	1,6*	1 992*
Q3	1,4*	4,7*	26,6*	5,2*	1,0*	1 220*
Q4	1,2*	2,2*	14,4*	2,6*	0,5*	610*
Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
GARÇONS						
Q1 (revenu le plus faible)	1,7*	17,3*	40,3*	9,7*	3,2*	4 155*
Q2	1,4*	11,1*	30,2*	6,4*	2,1*	2 730*
Q3	1,3*	6,6*	20,5*	4,1*	1,3*	1 743*
Q4	1,1*	3,6*	12,5*	2,4*	0,8*	1 025*
Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique : des quintiles de revenu tirées du Recensement de la population de 2006
La stratification écologique des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006
Source : Instrument de mesure du développement de la petite enfance , Université de McMaster, Offord Centre for Child Studies (2007–2012)

FIGURE 4

Vulnérabilité dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance selon le quintile de niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, âges 4–6 ans, 2007–2012



	RATIO DE PROPORTION (RP)	DIFFÉRENCE DE PROPORTION (DP, POUR 100)	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP, POUR 100)	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,3*	5,9*	20,4*	4,4*	1,2*	2 941*
Q2	1,2*	4,0*	14,8*	3,1*	0,8*	2 085*
Q3	1,1*	3,3*	12,6*	2,6*	0,7*	1 716*
Q4	1,1*	2,0*	7,8*	1,5*	0,4*	1 005*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FILLES						
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,3*	5,4*	25,2*	5,6*	1,1*	1 329*
Q2	1,2*	3,6*	18,5*	3,9*	0,7*	932*
Q3	1,2*	2,9*	15,3*	3,1*	0,6*	737*
Q4	1,2*	2,4*	13,1*	2,6*	0,5*	614*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
GARÇONS						
Q1 (niveau de scolarité le plus faible)	1,2*	6,3*	17,5*	3,8*	1,2*	1 607*
Q2	1,1*	4,4*	12,8*	2,7*	0,9*	1 154*
Q3	1,1*	3,7*	11,2*	2,3*	0,8*	982*
Q4	1,1*	1,6*	5,0*	1,0*	0,3*	407*
Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique : des quintiles du niveau de scolarité tirées du Recensement de la population de 2006.
La stratification écologique des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Instrument de mesure du développement de la petite enfance ; Université de McMaster, Offord Centre For Child Studies (2007–2012).

Défavorisation matérielle et sociale

Dans les zones du Canada les plus défavorisées socialement et matériellement[49], le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était 2,2 (IC à 95 % : 2,1–2,3) fois plus élevé que dans les zones les moins défavorisées socialement et matériellement. Cela représentait 21,1 % (IC à 95 % : 19,9–22,3) plus d'enfants de maternelle ayant une vulnérabilité sur le plan du développement dans les zones les plus défavorisées socialement et matériellement que dans les zones les moins défavorisées du Canada (figure 5).

Si la proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était la même dans les zones les plus défavorisées socialement et matériellement que dans les zones les moins défavorisées, la proportion globale d'enfants de maternelle ayant une vulnérabilité sur le plan du développement serait réduite de 3,4 % (IC à 95 % : 3,2–3,6 %). Cela se traduirait par 2217 (IC à 95 % : 2051–2385) cas de vulnérabilité en moins par année chez les enfants de maternelle au Canada.

Les inégalités relatives sur le plan du développement en fonction de la défavorisation matérielle et sociale étaient plus prononcées chez les filles que chez les garçons (RT = 2,8; IC à 95 % : 2,5–3,0, contre RT = 2,0; IC à 95 % : 1,9–2,1). Cependant, en chiffres absolus, l'inégalité était plus marquée chez les garçons (22,8 % contre 19,7 % chez les filles). En effet, la vulnérabilité sur le plan du développement était plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Résidence en milieu urbain ou rural

Les différences dans la vulnérabilité sur le plan du développement de l'enfant ont été analysées en fonction de la résidence en milieu rural ou urbain[50]. Les régions éloignées et les trois plus grandes villes du Canada (Toronto, Montréal et Vancouver réunies) comptaient la plus forte proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement : 28,9 % (IC à 95 % : 28,2–29,6 %) et 28,7 % (IC à 95 % : 28,4–29,1), respectivement. À 23,9 % (IC à 95 % : 23,7–24,2 %), les grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver comptaient la plus faible proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement (figure 6). Le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement vivant en milieu rural et dans les trois plus grandes villes représentait 1,2 (IC à 95 % : 1,2–1,2) fois la proportion d'enfants de maternelle vulnérables dans les grands centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver (figure 6).

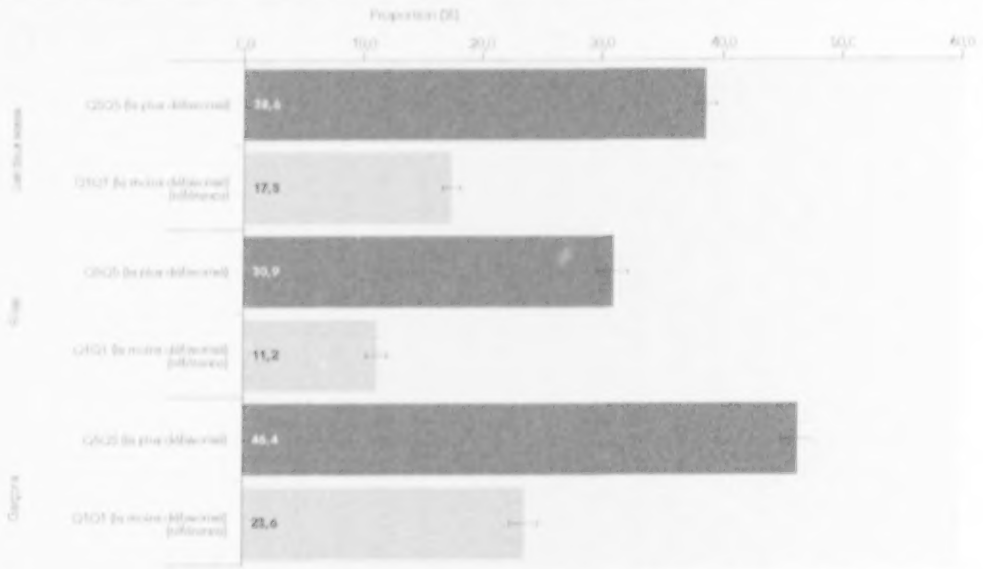
Si la proportion d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était aussi faible en milieu rural que dans les centres urbains autres que Toronto, Montréal et Vancouver, il y aurait 769 (IC à 95 % : 624–918) enfants vulnérables en moins, par année, au Canada. En revanche, si le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables sur le plan du développement était aussi faible à Toronto, Montréal ou Vancouver que dans les autres centres urbains, il y aurait 2654 (IC à 95 % : 2342–2970) enfants vulnérables en moins, par année, au Canada.

49. Pour une définition de l'indice de défavorisation, voir le chapitre Méthodologie.

50. Pour les définitions des sous-groupes ruraux/urbains, voir le chapitre Méthodologie.

FIGURE 5

Vulnérabilité dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance selon l'indice de défavorisation (matérielle et sociale) et le sexe ou le genre, Canada, âges 4–6 ans, 2007–2012

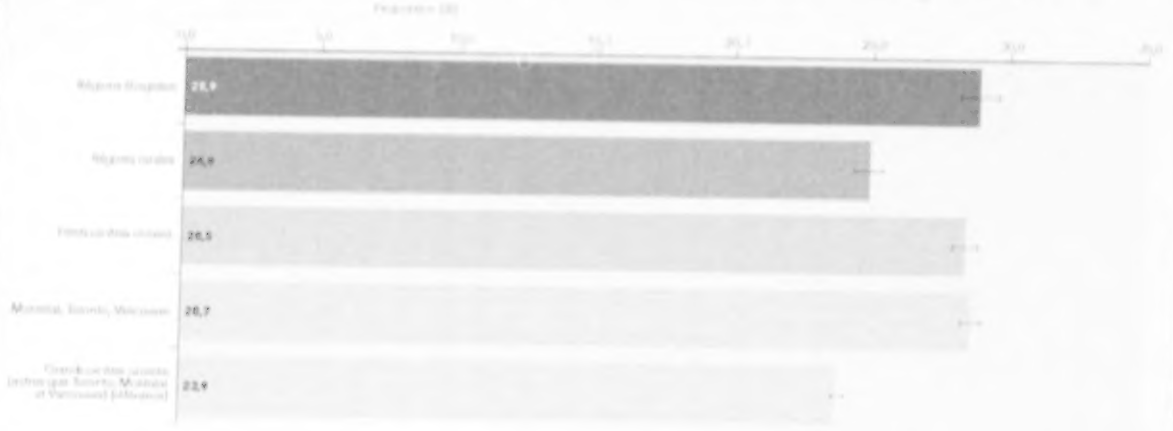


	RATIO DE PROPORTION (RP)	DIFFÉRENCE DE PROPORTION (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
LES DEUX SEXES						
Q5Q5 (le plus défavorisé)	2,2*	21,1*	54,8*	3,4*	0,9*	2 217*
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FILLES						
Q5Q5 (le plus défavorisé)	2,8*	19,7*	63,8*	4,5*	0,8*	1 041*
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
GARÇONS						
Q5Q5 (le plus défavorisé)	2,0*	22,8*	49,2*	2,8*	0,9*	1 189*
Q1Q1 (le moins défavorisé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
Mesures de type géographique de l'indice de défavorisation tirées du Recensement de la population de 2006
La stratification écologique des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance a été dérivée d'après le Recensement de la population de 2006.
Source : Instrument de mesure du développement de la petite enfance, Université de McMaster, Offord Centre for Child Studies (2007–2012)

FIGURE 6

Vulnérabilité dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance selon la résidence en milieu rural ou urbain, Canada, âges 4–6 ans, 2007–2012



	RATIO DE PROPORTION (RP)	DIFFÉRENCE DE PROPORTION (D.P.) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FAP%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Régions éloignées	1,2*	4,9*	17,1*	1,2*	0,3*	749*
Régions rurales	1,0*	0,9*	3,8*	0,4*	0,1*	257*
Petits centres urbains	1,2*	4,5*	15,9*	2,4*	0,6*	1 614*
Montréal, Toronto, Vancouver	1,2*	4,8*	16,7*	4,0*	1,0*	2 654*
Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

*: Significativement différent de la catégorie de référence.
La stratification écologique des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance a été établie d'après le recensement de la population de 2006.
Sources : L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, Université de McMaster, Offord Centre for Child Studies (2007–2012).

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

Le développement de la petite enfance a été évalué à l'aide de l'IMDPE, un outil fiable et largement accepté, qui est employé au niveau de la population et dont la validité prédictive est élevée. Il est important de noter que l'IMDPE est complété par les enseignants de maternelle; ainsi, il reflète la perception que ces derniers ont des comportements et des compétences des enfants. Des tests de fiabilité entre les groupes ont servi à l'évaluation des biais dans les rapports des enseignants. Aucune différence systématique de mesure n'a été observée en fonction de l'identité autochtone et du sexe ou genre, à l'exception des agressions physiques, qui étaient plus répandues chez les garçons que chez les filles (19). Cependant, il a été recommandé de procéder à des recherches sur les façons dont les Autochtones partagent les connaissances orales et établissent le sens, en vue d'inclure ces valeurs autochtones de partage des connaissances dans l'IMDPE (20). Il est également important de noter que les résultats de l'IMDPE pour les enfants autochtones qui figurent dans le présent rapport n'incluent pas les habitants des collectivités des Premières Nations.

Les données de l'IMDPE n'ont pas été stratifiées en fonction de l'incapacité et du contexte culturel ou racial en raison du manque de mesures géographiques. La description des inégalités liées à l'IMDPE présente ainsi des lacunes pour ces groupes.

L'utilisation de mesures de type géographique pour définir les groupes sociaux comporte une importante limite, du fait que ces groupes sont regroupés au niveau de l'aire de diffusion. Ces mesures s'appuient donc sur l'hypothèse que les groupes sociodémographiques et socioéconomiques sont uniformes. Leur utilisation peut conduire à des classifications erronées et à une sous-estimation des inégalités. Bien que le sens des disparités soit semblable dans les études utilisant des mesures géographiques et des mesures individuelles, des recherches ont montré que l'ampleur des disparités est beaucoup plus importante quand les mesures sont faites au niveau de l'individu (21). (Pour en savoir davantage sur les mesures de type géographique, voir la section Méthodologie.)

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (18), le calcul des valeurs *p* confirmerait l'existence de différences statistiquement significatives.

Enfin, les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble des provinces et des territoires ni pour toutes les années (elles couvrent une période de cinq ans, de 2007 à 2012). Par conséquent, les estimations nationales sont fondées sur les données provinciales et territoriales pour les années les plus récentes au cours desquelles l'IMDPE avait été mis en œuvre au moment de l'analyse.

Bien que le rapport fasse référence au Canada, il manquait des données pour trois provinces (Alberta, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador) et un territoire (Nunavut). Le nombre de personnes à risque dans la population est donc sous-estimé pour l'ensemble du Canada. De plus, comme les données ne s'appliquent qu'à une seule année de l'enfance, le nombre d'écoliers canadiens vulnérables sur le plan du développement est en fait beaucoup plus élevé.

DISCUSSION

Actuellement, 27 % des enfants de maternelle canadiens sont vulnérables dans au moins un domaine du développement (8). Notre recherche a révélé des différences considérables dans la proportion d'enfants vulnérables sur le plan du développement en fonction de plusieurs caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques. Les inégalités observées à l'échelle du quartier étaient généralement plus

prononcées lorsqu'on tenait compte du revenu, de la défavorisation matérielle et sociale, ainsi que de l'identité autochtone. Les inégalités étaient plus modérées en ce qui concerne la proportion de personnes nées à l'étranger, la résidence en milieu rural ou urbain et le niveau de scolarité. Pour l'ensemble des facteurs de stratification sociale, les garçons affichaient des pourcentages de vulnérabilité sur le plan du développement plus élevés que ceux des filles. Les garçons affichent également un risque plus élevé de vulnérabilité sur le plan du développement en Australie (22), en Écosse (10) et en Chine (23).

Pour le niveau de scolarité et le revenu, les inégalités suivaient un gradient progressif : la proportion d'enfants ayant une vulnérabilité sur le plan du développement augmentait à mesure que le niveau de scolarité ou le revenu diminuait. Cette observation concorde avec des résultats antérieurs (également fondés sur l'IMDPE), qui ont montré que le fait de vivre dans un quartier à faible revenu était associé à une plus grande vulnérabilité : dans les quartiers à faible revenu, la proportion d'enfants ayant une vulnérabilité sur le plan du développement était plus élevée (34,9 %) que dans les quartiers à revenu élevé (19,5 %) (8). Les enfants vivant dans des milieux socioéconomiques défavorisés sont plus à risque de présenter des vulnérabilités en raison de l'influence de différents facteurs. Ceux-ci comprennent les différences de compétences et de connaissances des fournisseurs de soins, des taux d'allaitement plus faibles, des taux de stress parental plus élevés, des logements inadéquats, des quartiers moins sécuritaires et des services de garde de qualité inférieure (24,25).

La proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine du développement était deux fois plus élevée chez les enfants autochtones que chez les enfants non autochtones. De même, en Australie, les enfants autochtones sont deux fois plus susceptibles d'être vulnérables sur le plan du développement que les enfants non autochtones (22). Les inégalités observées entre les enfants autochtones et non autochtones peuvent, au moins en partie, refléter des différences dans les conditions socioéconomiques et de vie. Par exemple, un plus grand nombre d'enfants autochtones que d'enfants non autochtones vivent dans des ménages à faible revenu au Canada (38 % contre 17 %) (26). De nombreuses collectivités autochtones sont aux prises avec des taux élevés de chômage et de pauvreté, des conditions de logement défavorables, des soins de santé inadéquats, les séquelles laissées par la colonisation et les pensionnats indiens, l'isolement, la perte d'identité culturelle, la stigmatisation et les barrières linguistiques.

Les enfants de maternelle autochtones et ceux vivant dans les quartiers les plus défavorisés matériellement et socialement avaient une probabilité beaucoup plus grande d'être vulnérables sur le plan du développement que les enfants non autochtones et ceux vivant dans les quartiers les moins défavorisés matériellement et socialement. Il existe de nombreuses preuves que les interventions au début de la vie d'un enfant avant l'entrée à l'école, en particulier celles associées aux conditions socioéconomiques défavorables, peuvent réduire les inégalités au cours de la vie (27,28).

La petite enfance est une période cruciale du développement physique, cognitif, social, affectif et langagier. La présence de vulnérabilités sur le plan du développement dans la petite enfance a été liée à un certain nombre de conséquences sanitaires et sociales à un âge plus avancé, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques, les problèmes de santé mentale, la littératie et la participation économique (25). Les inégalités révélées par l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) se rapportent à une gamme de stratificateurs individuels et sociaux. Bien que l'on trouve des vulnérabilités sur le plan du développement chez les enfants vivant dans des quartiers à concentration élevée d'Autochtones

ou de résidents nés à l'étranger, ou chez les enfants ayant les niveaux de défavorisation sociale et matérielle les plus élevés, les garçons avaient les plus hauts taux de vulnérabilité pour l'ensemble des stratificateurs. On observe également un gradient socioéconomique évident, les inégalités augmentant à mesure que les niveaux de scolarité et de revenus des quartiers diminuent. Les conditions sociales, économiques et environnementales plus générales qui peuvent influer sur le développement des jeunes enfants englobent plusieurs déterminants de la santé, tels que les conditions de logement et les caractéristiques du quartier, les compétences parentales, le niveau de scolarité des parents et l'accès à des aliments nutritifs. Des activités ciblées permettraient potentiellement de réduire les inégalités qu'a révélées l'IMDPE au sein des populations, ainsi que l'impact à long terme de la vulnérabilité observée chez les enfants. Cependant, pour lutter contre ces inégalités, il faudra intervenir stratégiquement au niveau des déterminants structurels de la santé qui ont une incidence plus générale sur le plan social et économique, tels que l'emploi des parents et la protection sociale, la qualité de l'éducation des jeunes enfants, le soutien parental et les politiques en matière de congés (6,7,25). La mesure systématique et continue des inégalités révélées par l'IMDPE est nécessaire pour éclairer et renforcer les politiques, les interventions, les programmes et la recherche ciblant les déterminants sociaux des inégalités relatives à la vulnérabilité chez les jeunes enfants, tout en documentant la façon dont ces inégalités évoluent avec le temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour les enfants vulnérables dans au moins un domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance. Source des données : Instrument de mesure du développmement de la petite endance, McMaster University's Offord Centre for Child Studies (2007–2012).

		MESURES SOMMAIRES												MESURES DE L'IMPACT SUR LA POPULATION								
Stratificateurs sociaux		Proportion (%)			Ratio de proportion (RP)			Différence de proportion (DP) pour 100			Fraction attribuable (FA%)			Fraction attribuable dans la population (FAP%)			Taux attribuable dans la population (TAP) pour 100			Nombre de personnes à risque dans la population (NPRP)		
		Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes
Groupes de population																						
Identité Premières Nations/Inuit/Métis (enfant)	Premières Nations hors réserve/Inuit/Métis	48.9	39.8	57.8	2,0 *	2,3 *	1,8 *	24,0 *	22,1 *	25,9 *	49.2 *	55.6 *	44.9 *	4.2 *	5.4 *	3.8 *	1.1 *	1.0 *	1.2 *	2 756 *	1 254 *	1 501 *
	Non–Autochtone (référence)	24.9	17.7	31.9	Référence																	
Terciles du statut d'immigrant (mesure de type géographique)	Proportion élevée de personnes nées à l'étranger	30.6	23.2	37.7	1.2 *	1.3 *	1.2 *	5,7 *	5,6 *	5,6 *	18.5 *	24.2 *	14.9 *	2.8 *	3.9 *	2.2 *	0.7 *	0.7 *	0.7 *	1 855 *	906 *	932 *
	Proportion moyenne de personnes nées à l'étranger	26.4	19.4	33.2	1.1 *	1.1 *	1.0 *	1,5 *	1,7 *	1,2 *	5.7 *	9.0 *	3.5 *	1.1 *	1.7 *	0.7 *	0.3 *	0.3 *	0.2 *	717 *	406 *	280 *
	Proportion faible de personnes nées à l'étranger (référence)	24.9	17.6	32.1	Référence																	
Résidence en milieu rural/urbain	Régions éloignées	28.9	20.5	37.0	1,2 *	1,2 *	1,2 *	4,9 *	3,2 *	6,3 *	17.1 *	16.7 *	17.0 *	1.2 *	1.1 *	1.2 *	0.3 *	0.2 *	0.4 *	769 *	263 *	478 *
	Régions rurales	24.9	17.2	32.3	1.0 *	1.0	1.1 *	0,9 *	0.2	1,6 *	3.8 *	1.2	5.0 *	0.4 *	[illegible]	0.5 *	0.1 *	0.0	0.2 *	257 *	27	222 *
	Petits centres urbains	28.5	20.9	35.8	1.2 *	1.2 *	1.2 *	4,5 *	3,9 *	5,0 *	15.9 *	18.6 *	14.1 *	2.4 *	2.9 *	[illegible]	0.6 *	0.5 *	0.7 *	1 612 *	685 *	914 *
	Toronto, Montréal et Vancouver	28.7	21.4	35.9	1.2 *	1.3 *	1.2 *	4,8 *	4,4 *	5,2 *	16.7 *	20.4 *	14.5 *	4.0 *	5.0 *	3.4 *	1.0 *	0.9 *	1.1 *	2 654 *	1 200 *	1 458 *
	Grands centres urbains (autres que Toronto, Montréal et Vancouver) (référence)	23.9	17.0	30.7	Référence																	
Déterminants socioéconomiques de la santé																						
Quintile de revenu (mesure de type géographique)	Q1 (revenu le plus bas)	35.1	27.2	42.9	1,8 *	2,1 *	1,7 *	15,7 *	14,2 *	17,3 *	44.7 *	52.1 *	40.3 *	11.3 *	14.3 *	9.7 *	2.9 *	2.7 *	3.2 *	7 511 *	3 387 *	4 158 *
	Q2	29.2	21.4	26.7	1,5 *	1,6 *	1,4 *	9,8 *	8,4 *	11,1 *	33.4 *	39.1 *	30.2 *	7.1 *	8.4 *	6.4 *	1.8 *	1.6 *	2.1 *	4 722 *	1 992 *	2 730 *
	Q3	25.1	17.8	32.2	1.3 *	1.4 *	1.3 *	5,7 *	4,7 *	6,6 *	22.5 *	26.6 *	20.5 *	4.4 *	5.2 *	4.1 *	1.2 *	1.0 *	1.3 *	2 952 *	1 220 *	1 743 *
	Q4	22.3	15.2	29.2	1.1 *	1.2 *	1.1 *	2,9 *	2,2 *	3,6 *	12.9 *	14.4 *	12.5 *	2.4 *	2.6 *	2.4 *	0.6 *	0.5 *	0.8 *	1 604 *	610 *	1 025 *
	Q5 (revenu le plus élevé) (référence)	19.4	13.0	25.6	Référence																	
Quintile du niveau de scolarité (mesure de type géographique)	Q1 (niveau de scolarité le plus bas)	28.8	21.3	36.2	1.3 *	1.3 *	1.2 *	5,9 *	5,4 *	6,3 *	20.4 *	25.2 *	17.5 *	4.4 *	5.6 *	3.8 *	1.2 *	1.1 *	1.2 *	2 941 *	1 328 *	1 607 *
	Q2	27.0	19.5	34.2	1.2 *	1.2 *	1.1 *	4,0 *	3,6 *	4,4 *	14.8 *	18.5 *	12.8 *	3.1 *	3.9 *	2.7 *	0.8 *	0.7 *	0.9 *	2 085 *	932 *	1 154 *
	Q3	26.3	18.8	33.6	1.1 *	1.2 *	1.1 *	3,3 *	2,9 *	3,7 *	12.6 *	15.3 *	11.2 *	2.6 *	3.1 *	2.3 *	0.7 *	0.6 *	0.8 *	1 716 *	737 *	982 *
	Q4	24.9	18.3	31.4	1,1 *	1.2 *	1,1 *	2,0 *	2,4 *	1,6 *	7.8 *	13.1 *	5.0 *	1.5 *	2.6 *	1.0 *	0.4 *	0.5 *	0.3 *	1 005 *	614 *	407 *
	Q5 (niveau de scolarité le plus élevé) (référence)	23.0	15.9	29.9	Référence																	
Langue maternelle autre que le français ou l'anglais	Oui	40.4	32.8	47.4	1,7 *	2,0 *	1,5 *	16,8 *	16,2 *	16,7 *	41.5 *	49.5 *	35.3 *	9.0 *	11.6 *	7.2 *	2.3 *	2.2 *	2.4 *	6 006 *	2 781 *	3 122 *
	Non (référence)	23.7	16.6	30.7	Référence																	
Indice de défavorisation – matérielle (version nationale)	Q5 (le plus défavorisé)	32.5	24.8	40.1	1,6 *	1,9 *	1,5 *	12,6 *	11,6 *	13,5 *	38.6 *	46.8 *	33.8 *	9.4 *	12.1 *	7.9 *	2.4 *	2.3 *	7.9 *	6 120 *	2 808 *	3 325 *
	Q4	27.8	20.3	35.7	1,4 *	1,5 *	1,3 *	7,9 *	7,1 *	8,6 *	28.3 *	35.0 *	24.5 *	6.4 *	8.0 *	5.5 *	1.7 *	1.5 *	5.5 *	4 162 *	1 864 *	2 300 *
	Q3	26.0	18.4	33.4	1,3 *	1,4 *	1,3 *	6,0 *	5,2 *	6,9 *	23.2 *	28.2 *	20.5 *	4.9 *	5.9 *	4.4 *	1.3 *	1.1 *	4.4 *	3 194 *	1 361 *	1 839 *
	Q2	22.9	16.3	29.4	1,1 *	1,2 *	1,1 *	2,9 *	3,1 *	2,8 *	12.8 *	18.9 *	9.5 *	2.4 *	3.4 *	1.8 *	0.6 *	0.6 *	1.8 *	1 545 *	799 *	747 *
	Q1 (le moins défavorisé) (référence)	20.0	13.2	26.6	Référence																	
Indice de défavorisation—sociale (version nationale)	Q5 (le plus défavorisé)	33.2	25.3	41.2	1,5 *	1,6 *	1,4 *	11,1 *	9,8 *	12,7 *	33.5 *	38.9 *	30.9 *	7.0 *	0.9 *	1.1 *	1.8 *	1.6 *	2.1 *	4 583 *	2 033 *	2 606 *
	Q4	28.1	20.8	35.4	1,3 *	1,3 *	1,2 *	6,1 *	5,3 *	6,9 *	21.6 *	25.6 *	19.6 *	4.5 *	2.4 *	2.6 *	1.2 *	1.0 *	1.3 *	2 912 *	1 256 *	1 676 *
	Q3	25.0	17.5	32.5	1,1 *	1,1 *	1,1 *	3,0 *	2,1 *	3,9 *	11.8 *	11.7 *	12.0 *	2.5 *	5.4 *	4.0 *	0.6 *	0.4 *	0.8 *	1 612 *	553	1 074 *
	Q2	23.3	16.2	30.1	1,1 *	1,1 *	1,1 *	1,2 *	0,8 *	1,7 *	5.3 *	4.8 *	5.7 *	1.0 *	8.8 *	6.2 *	0.3 *	0.2 *	0.4 *	662 *	205 *	464 *
	Q1 (le moins défavorisé) (référence)	22.1	15.5	28.4	Référence																	
Indice de défavorisation—matérielle & sociale (version nationale)	Q5Q5 (le plus défavorisé)	38.6	30.9	46.4	2,2 *	2,8 *	2,0 *	21,1 *	19,7 *	22,8 *	54.8 *	63.8 *	49.2 *	3.4 *	4.5 *	2.8 *	0.9 *	0.8 *	0.9 *	2 217 *	1 041 *	1 189 *
	Q1Q1 (le moins défavorisé) (référence)	17.5	11.2	23.6	Référence																	

NOTE :

LÉGENDE

Références

(1) McCain M, Mustard J et McCuaig K. Le point sur la petite enfance 3 : pendre des décisions, agir. [Internet]. Toronto, Margaret & Wallace McCain Family Foundation; 2011 [page consultée le 13 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://eys3.ca/media/uploads/report-pdfs-fr/i_131_eys3_fm_fr_2nd_ed_web_revised.pdf.

(2) Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. N Engl J Med. 2008 07/03; 2017/01;359(1):61-73.

(3) Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress [Internet]. United States: American Academy of Pediatrics; 2012, Accessible à l'adresse : http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/1/e232.full.pdf.

(4) Luby J, Belden A, Boterton K, Marrus N, Harms M, Babb C, et al. The effects of poverty on childhood brain development: The mediating effect of caregiving and stressful life events. JAMA Pediatr. 2013;167(23):1135-42.

(5) Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. Nat Neurosci. 2015 05; 2017/11;18:773+.

(6) Cushon JA, Vu LT, Janzen BL, Muhajarine N. Neighborhood poverty impacts children's physical health and well-being over time: Evidence from the Early Development Instrument. Early Education and Development. 2011;22(2):183-205.

(7) Li J, D'Angiulli A, Kendall GE. The Early Development Index and children from culturally and linguistically diverse backgrounds. Early Years. 2007;27(3):221-35.

(8) Institut canadien d'information sur la santé. [Internet]. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2014. Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance : un déterminant de la santé des enfants. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/Children_Vulnerable_in_Areas_of_Early_Development_FR.pdf.

(9) Brinkman S, Gregory T, Harris J, Hart B, Blackmore S, Janus M. Associations between the Early Development Instrument at age 5, and reading and numeracy skills at ages 8, 10 and 12: a prospective linked data study. Child Indicators Research. 2013 12/01;6(4):695-708.

(10) Woolfson LM, Geddes R, McNicol S, Booth JN, Frank J. A cross-sectional pilot study of the Scottish early development instrument: a tool for addressing inequality. BMC Public Health. 2013 12/17; 2017/11;13:1187.

(11) Kershaw P, Warburton B, Anderson L, Hertzman C, Irwin LG, Forer B. Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada. RCSP. 2010; 101(3):S8-S13.

(12) Commission des déterminants sociaux de la santé. Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2007. Accessible a l'adresse : .

(13) Offord Centre for Child Studies. [Internet]. 2015. What is the EDI? [mise à jour en 2015]. Accessible à l'adresse : https://edi.offordcentre.com/about/what-is-the-edi/.

(14) Janus M, Brinkman S, Duku E, Hertzman C, Santos R, Sayers M, et al. The Early Development Instrument: A population-based measure for communities. A handbook on development, properties, and use. 2007.

(15) Janus M, Offord DR. Development and psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI): A measure of children's school readiness. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 2007;39(1):1-22.

(16) Guhn M, Gadermann AM, Almas A, Schonert-Reichl KA, Hertzman C. Associations of teacher-rated social, emotional, and cognitive development in kindergarten to self-reported well-being, peer relations, and academic test scores in middle childhood. Early Childhood Research Quarterly 2016 2nd Quarter 2016;35(Supplement C):76-84.

(17) Davies S, Janus M, Duku E, Gaskin A. Using the Early Development Instrument to examine cognitive and non-cognitive school readiness and elementary student achievement. Early Childhood Research Quarterly 2016 2nd Quarter 2016;35(Supplement C):63-75.

(18) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(19) Guhn M, Gadermann A, Zumbo BD. Does the EDI measure school readiness in the same way across different groups of children? Early Education and Development. 2007 10/11;18(3):453-72.

(20) Sam MA. An Indigenous knowledges perspective on valid meaning making: A commentary on research with the EDI and Aboriginal communities. Soc Indicators Res. 2011 04/27;103(2):315.

(21) Pampalon R, Hamel D et Gamache P. Une comparaison de données socicéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada [Internet]. Statistique Canada. Accessible à l'adresse : https://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11035-fra.htm.

(22) Gouvernement australien. A snapshot of early childhood development in Australia 2012 — AEDI national report. Canberra: 2013.

(23) Ip P, Rao N, Bacon-Shone J, Ling-Li S, Ka-wing Ho F, Chow C, et al. Socioeconomic gradients in school readiness of Chinese preschool children: The mediating role of family processes and kindergarten quality. 2016;35:111-123.

(24) Brownell MD, Ekuma O, Nickel NC, Chartier M, Koseva I, Santos RG. A population-based analysis of factors that predict early language and cognitive development. Early Childhood Research Quarterly. 2016 2nd Quarter 2016;35(Supplement C):6-18.

(25) Irwin L, Siddiqi A et Hertzman C. Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Organisation mondiale de la Santé; 2007 [page consultée le 16 novembre 2017].

(26) Macdonald D and Wilson D. Shameful neglect: Indigenous child poverty in Canada [Internet]. Canada: Canadian Center for Policy Alternatives; 2016. Accessible à l'adresse : https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2016/05/Indigenous_Child%20_Poverty.pdf.

(27) Magnuson K, Duncan GJ. Can early childhood interventions decrease inequality of economic opportunity? Journal of the Social Sciences. 2016 May;2(2):123-41.

(28) Deming D. Early childhood intervention and life-cycle skill development: Evidence from Head Start. 2009;1(3):111.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ –
FACTEURS STRUCTURELS

INÉGALITÉS SOCIALES

INÉGALITÉS EN MATIÈRE D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES AU CANADA

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- Un ménage est en situation d'insécurité alimentaire lorsqu'au moins un de ses membres n'a pas la variété ou la quantité de nourriture dont il a besoin en raison du manque d'argent.
- L'insécurité alimentaire augmente radicalement à mesure que le revenu des ménages diminue.
- La prévalence de l'insécurité alimentaire chez les adultes est 8,5 fois plus élevée dans les ménages dont aucun membre n'a terminé ses études secondaires que dans les ménages dont au moins un membre est diplômé de l'université. Ainsi, pour 100 adultes, l'insécurité alimentaire touche 22,1 adultes de plus dans les ménages ayant le plus faible niveau de scolarité que dans les ménages qui comptent au moins un diplômé universitaire.
- La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages est 5,9 fois plus élevée chez les adultes incapables de travailler que chez les adultes ayant un emploi. Pour 100 adultes, cela correspond à 26,2 adultes de plus vivant dans l'insécurité alimentaire parmi ceux qui sont incapables de travailler, comparativement à ceux qui ont un emploi.
- Les adultes ayant des incapacités fonctionnelles graves sont 5,1 fois plus susceptibles de vivre dans un ménage en insécurité alimentaire que les adultes sans incapacité. Cela signifie que pour 100 adultes, il y a 15,2 adultes de plus qui vivent dans l'insécurité alimentaire chez ceux qui ont des incapacités fonctionnelles graves que chez ceux sans incapacité.
- La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes inuits, membres des Premières Nations hors réserve et métis équivalait respectivement à 3,7, 2,7 et 2,2 fois la prévalence chez les adultes non autochtones. On compte ainsi 18,0 Inuits, 11,5 membres des Premières Nations hors réserve et 8,0 Métis de plus qui vivent dans un ménage en insécurité alimentaire, pour 100 adultes.
- L'insécurité alimentaire des ménages a une prévalence 2,9 fois supérieure chez les adultes bisexuels que chez les adultes hétérosexuels. Cela correspond à 15,4 adultes bisexuels de plus que d'adultes hétérosexuels qui vivent dans l'insécurité alimentaire, pour 100 adultes.
- Parmi tous les groupes d'âge, la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages est la plus élevée chez les Canadiens de 12 à 17 ans (10,2 %).

ACRONYME	NOM COMPLET
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
IC	Intervalles de confiance
MESAM	Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

L'insécurité alimentaire existe dans un ménage lorsqu'au moins un de ses membres n'a pas la variété ou la quantité de nourriture dont il a besoin en raison du manque d'argent (1,2). L'insécurité alimentaire des ménages est une mesure sensible du revenu des ménages; plus le revenu est faible, plus il est probable que la qualité de l'alimentation soit compromise, que l'apport alimentaire soit réduit et que les habitudes alimentaires soient perturbées (3). En outre, l'insécurité alimentaire est une mesure sensible de la défavorisation matérielle, et elle est étroitement liée à d'autres mesures du désavantage social et économique.

Entre 2007–2008 et 2011–2012, la prévalence de l'insécurité alimentaire modérée et grave dans les ménages au Canada est passée de 7,7 % à 8,3 % (4). Les déterminants sociaux de la santé, y compris l'insécurité alimentaire, ont tendance à se regrouper (5). Au Canada, la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages varie selon la situation géographique, la composition du ménage, le revenu et le recours aux prestations gouvernementales (à l'exclusion du Régime de pensions du Canada) (6). L'insécurité alimentaire est associée à une alimentation moins variée, à une consommation de fruits et légumes moindre, et à un apport nutritionnel inadéquat (7,8). Chez les adultes, l'insécurité alimentaire est liée à divers problèmes de santé, dont le diabète (9) et la dépression (10), ainsi qu'à un recours accru au système de soins de santé (11).

L'insécurité alimentaire des ménages a été choisie en tant qu'indicateur des principales inégalités en santé au Canada. (Pour en savoir plus sur la manière dont les indicateurs des principales inégalités en santé ont été sélectionnés, consultez le chapitre Méthodologie).

MÉTHODES

Les données sur la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages et les variables de stratification ont été recueillies par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) entre 2009 et 2012. Cependant, pour le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard, seules les données de 2011–2012 étaient disponibles. Dans le cas où le répondant sélectionné par l'ESCC avait moins de 18 ans, un adulte répondait aux questions sur l'insécurité alimentaire des ménages. Statistique Canada mesure l'insécurité alimentaire des ménages au moyen d'une série de 18 questions (Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages[51]) et examine si les ménages ont pu acheter des aliments de qualité adéquate en quantité suffisante au cours des 12 derniers mois. Bien que les caractéristiques des ménages soient également importantes dans le contexte de la sécurité alimentaire, en vue d'assurer la cohérence avec les autres chapitres du rapport, l'analyse du présent chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques individuelles des répondants vivant dans un ménage en insécurité alimentaire. Les répondants ont été classés dans l'un des trois groupes suivants :

51. Pour en savoir plus sur le Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM), visitez le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/hfssm-mesam-fra.php.

- « Sécurité alimentaire » – aucun ou un seul signe de difficulté d'accès à des aliments en raison d'un revenu insuffisant;
- « Insécurité alimentaire modérée » – répondants ayant indiqué que la qualité ou la quantité de leur nourriture avait été compromise;
- « Insécurité alimentaire grave » – répondants ayant réduit leur consommation de nourriture ou modifié leurs habitudes alimentaires (4).

En raison des petits nombres résultant du niveau de désagrégation utilisé dans le présent rapport, l'insécurité alimentaire modérée et l'insécurité alimentaire grave ont été combinées dans le cadre de l'analyse, de manière à créer une variable dichotomique. Par conséquent, dans ce chapitre, les personnes vivant dans un ménage en insécurité alimentaire sont celles qui ont déclaré vivre dans un ménage en insécurité alimentaire modérée ou grave lors de l'ESCC.

L'analyse de l'insécurité alimentaire des ménages a porté sur les personnes de 18 ans et plus, à l'exception de la stratification par groupe d'âge. Les données sur la prévalence ont été ajustées selon l'âge d'après le Recensement de la population du Canada de 2011. Les inégalités dans la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages ont été évaluées par l'examen des différences en fonction de stratificateurs sociaux recueillis lors de l'ESCC, lesquels étaient répartis en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les stratificateurs sociodémographiques comprennent l'âge (12 ans et plus), le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine culturelle ou raciale, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle (18–59 ans)[52], la santé fonctionnelle et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques comprennent le revenu, le niveau de scolarité (niveau de scolarité le plus élevé du ménage, 20 ans et plus), la profession et la situation d'emploi (18–75 ans).

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ESCC contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant hors réserve, mais exclut les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les Inuits de la région du Nunavik au Québec. Pour de l'information sur la sécurité alimentaire chez les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, voir l'encadré 1.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (12). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été rapportées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population, et nombre de personnes à risque dans la population.

52. L'ESCC ne recueille pas de données sur l'orientation sexuelle des personnes de plus de 59 ans.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social au Canada. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

Entre 2009 et 2012, 7,2 % (IC à 95 % : 7,0–7,4 %) des Canadiens âgés de 18 ans et plus vivaient dans des ménages ayant déclaré une insécurité alimentaire modérée ou grave. La plupart des stratificateurs sociaux ont montré des inégalités considérables au niveau de l'insécurité alimentaire des ménages. Le présent rapport met en évidence les inégalités absolues et relatives les plus prononcées quant à l'insécurité alimentaire dans les différents groupes démographiques (stratificateurs sociaux). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Âge

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages diminuait avec l'âge, les aînés connaissant la plus faible prévalence de tous les groupes d'âge. Parmi les 65–79 ans, la prévalence était de 3,0 % (IC à 95 % : 2,7–3,3 %); parmi les 80 ans et plus, elle était de 1,7 % (IC à 95 % : 1,3–2,2 %). La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était la plus élevée chez les enfants de 12 à 17 ans, soit 10,2 % (IC à 95 % : 9,6–10,9 %). En comparaison, la prévalence chez les adultes de 18 ans et plus atteignait 7,2 % (IC à 95 % : 7,0–7,4 %) (figure 1).

Sexe ou genre

La prévalence de l'insécurité alimentaire chez les femmes (8,1 %; IC à 95 % : 7,8–8,4 %) correspondait à 1,3 (IC à 95 % : 1,2–1,4) fois la prévalence chez les hommes (6,3 %; IC à 95 % : 6,0–6,6 %) (annexe 1).

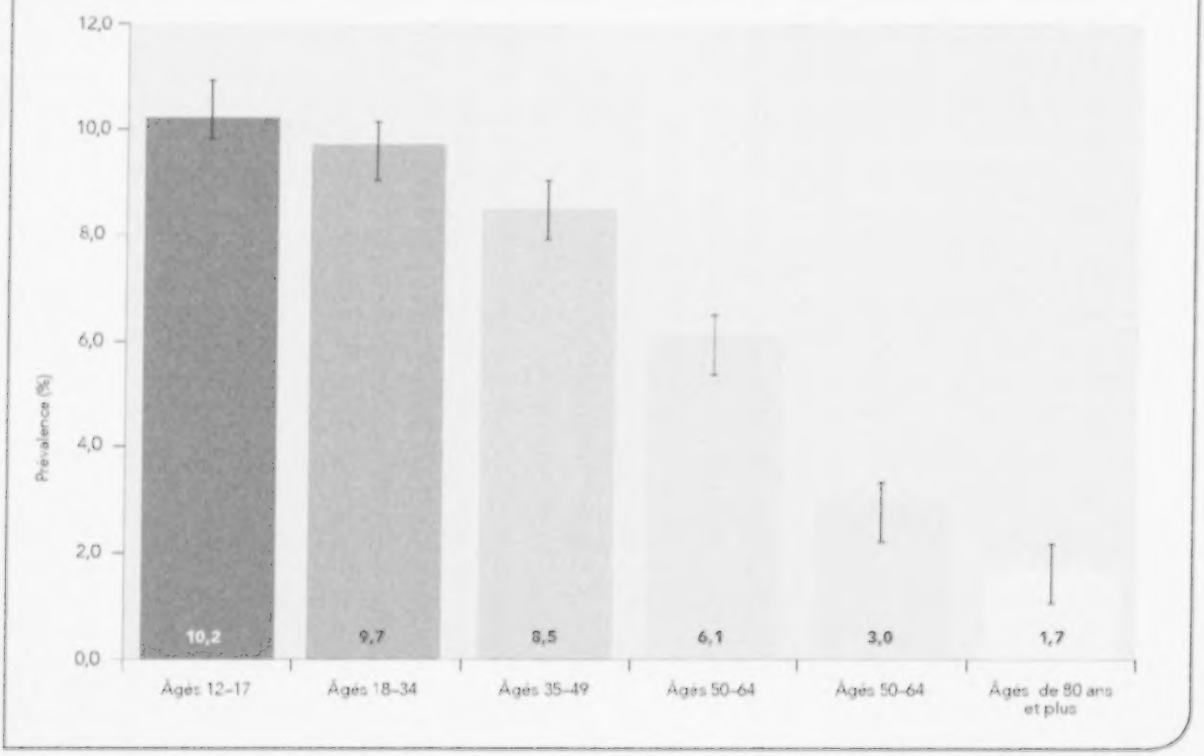
Peuples autochtones

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était plus élevée chez les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations vivant hors réserve que chez les non-Autochtones. À 24,8 % (IC à 95 % : 19,8–29,7 %), la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était particulièrement élevée chez les adultes inuits : ce pourcentage équivaut à 3,7 (IC à 95 % : 2,9–4,4) fois la prévalence chez les adultes non autochtones. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve était de 18,3 % (IC à 95 % : 16,5–20,10 %), ce qui représente 2,7 (IC à 95 % : 2,4–3,0) fois la prévalence chez les adultes non autochtones (figure 2). La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes métis était de 2,2 (IC à 95 % : 1,9–2,5) fois la prévalence chez les adultes non autochtones. Pour de l'information sur l'insécurité alimentaire chez les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord, voir l'encadré 1.

Si la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes inuits était la même que chez les adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 72,6 % (IC à 95 % : 67,3–78,0 %) de la prévalence chez les adultes inuits. Cela signifie qu'il y aurait 5 200 (IC à 95 % : 3 840–6 560) adultes inuits en moins vivant un ménage en insécurité alimentaire.

FIGURE 1

Ménages en insécurité alimentaire selon les groupes d'âge, Canada, 2009–2012



De même, si la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve était la même que chez les adultes non autochtones, il y aurait une réduction de 63,0 % (IC à 95 % : 59,2–66,7 %) de cette prévalence chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve. Cela signifie qu'il y aurait 48 120 (IC à 95 % : 40 400–55 830) adultes en moins qui vivent dans un ménage en insécurité alimentaire parmi les membres des Premières Nations hors réserve.

Origine culturelle ou raciale

Des inégalités ont été observées en fonction de l'origine culturelle ou raciale. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes noirs était de 2,8 (IC à 95 % : 2,4–3,1) fois la prévalence chez les adultes blancs (figure 3).

ENCADRÉ 1
DONNÉES SUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET DANS LES COLLECTIVITÉS DU NORD

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN)

L'information sur la sécurité alimentaire chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord est collectée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et ses partenaires régionaux lors de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). L'ERS comprend 9 des 18 questions de l'ESCC (6 questions pour les adultes, 3 questions pour les enfants). Plusieurs membres d'un ménage peuvent participer à l'ERS, car la base d'échantillonnage est fondée sur la liste individuelle des membres de la bande. En revanche, l'échantillonnage de l'ESCC est réalisé au niveau des ménages. En raison de ces différences entre l'ERS et l'ESCC quant à l'indicateur de l'insécurité alimentaire, les comparaisons ont plutôt été réalisées avec l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 (EAPA). L'EAPA pose 6 questions aux adultes, similaires à celles de l'ESCC, sur l'échelle de sécurité alimentaire. De plus, l'unité d'échantillonnage se situe au niveau individuel, ce qui la rend mieux adaptée à la comparaison de la prévalence.

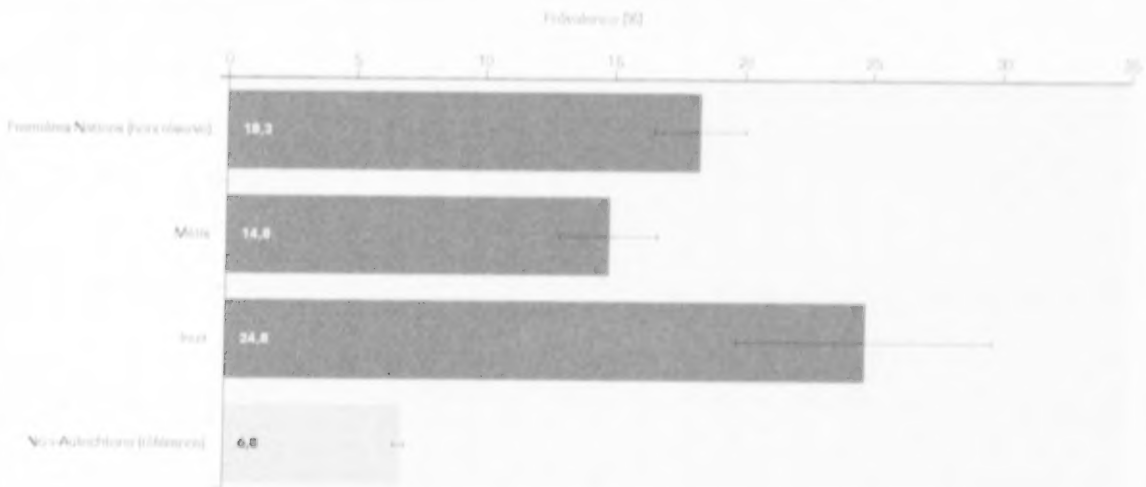
Pour le présent rapport, l'indicateur de l'ERS a été calculé à l'aide d'une méthode semblable à celle utilisée par Statistique Canada pour l'EAPA (13), en retenant seulement les 6 questions destinées aux adultes et 2 catégories : sécurité alimentaire (scores de 0 à 1) et insécurité alimentaire (2 à 6). Le code « non déclaré » a été attribué aux personnes ayant répondu « ne sais pas » ou qui ont refusé de répondre à l'une des 6 questions sur la sécurité alimentaire; ces personnes ont été exclues de l'analyse. La prévalence n'est pas standardisée selon l'âge, et l'indicateur ne peut être comparé que dans les groupes autochtones. Enfin, les résultats de l'EAPA incluent les personnes de 15 ans et plus, tandis que les résultats de l'ERS comprennent celles de 18 ans et plus.

Selon les données de l'ERS de 2008–2010, 38,3 % des adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord appartenaient à un ménage en insécurité alimentaire. Dans l'EAPA de 2012, 20 % des Autochtones (à l'exclusion des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord) de 15 ans et plus vivaient dans un ménage ayant connu une situation d'insécurité alimentaire au cours des 12 derniers mois (13).

En ce qui concerne les femmes autochtones, l'insécurité alimentaire du ménage touchait 40,6 % des femmes des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord, 23 % des femmes des Premières Nations vivant hors réserve, 18 % des femmes métisses et 43 % des femmes inuites (14).

FIGURE 2

Ménages en insécurité alimentaire selon l'identité autochtone, Canada, âges 18 ans et plus, 2009–2012



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Première Nations hors réserve	2,7*	11,5*	63,0*	2,5*	0,2*	48 120*
Métis	2,2*	8,0*	54,1*	1,6*	0,1*	29 780*
Inuit	3,7*	18,0*	72,6*	0,3*	0,0*	5 200*
Non-Autochtone (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2009–2012

Si la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes noirs était la même que chez les adultes blancs, il y aurait une réduction de 63,6 % (IC à 95 % : 58,5–68,9 %) de la prévalence chez les adultes noirs. Cela représenterait 66 790 (IC à 95 % : 51 710–81 870) adultes noirs en moins qui déclarent vivre dans un ménage en insécurité alimentaire.

Des inégalités existaient également parmi les adultes arabes et asiatiques de l'Ouest, latino-américains ou d'origines multiples. En revanche, il n'y avait pas d'inégalités relatives à l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes asiatiques du Sud et, asiatiques de l'Est et du Sud-Est.

Orientation sexuelle (18 à 59 ans)

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes qui ont déclaré être bisexuels était de 2,9 (IC à 95 % : 2,4–3,3) fois la prévalence chez ceux qui ont indiqué être hétérosexuels. Aucune inégalité n'a été observée chez les adultes qui ont déclaré être lesbiennes ou gais (figure 4).

Santé fonctionnelle

On observe un gradient manifeste entre l'insécurité alimentaire des ménages et les incapacités fonctionnelles légères à graves. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était 5,1 (IC à 95 % : 4,4–5,8) fois plus élevée chez les personnes ayant une incapacité grave que chez les personnes sans incapacité (figure 5).

Si la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les personnes ayant une incapacité grave était la même que chez celles sans incapacité, il y aurait une réduction de 80,3 % (IC à 95 % : 77,8–82,8 %) de cette prévalence chez les personnes ayant une incapacité grave. Au Canada, cela se traduirait par une réduction de 25,8 % (IC à 95 % : 23,7–27,9 %) de la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages, ce qui correspondrait à 480 900 (IC à 95 % : 436 580–525 220) personnes en moins qui vivent dans des ménages en insécurité alimentaire.

Statut d'immigrant

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les immigrants récents adultes (≤ 10 années au Canada) représentait 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,7) fois la prévalence chez les non-immigrants adultes (figure 6).

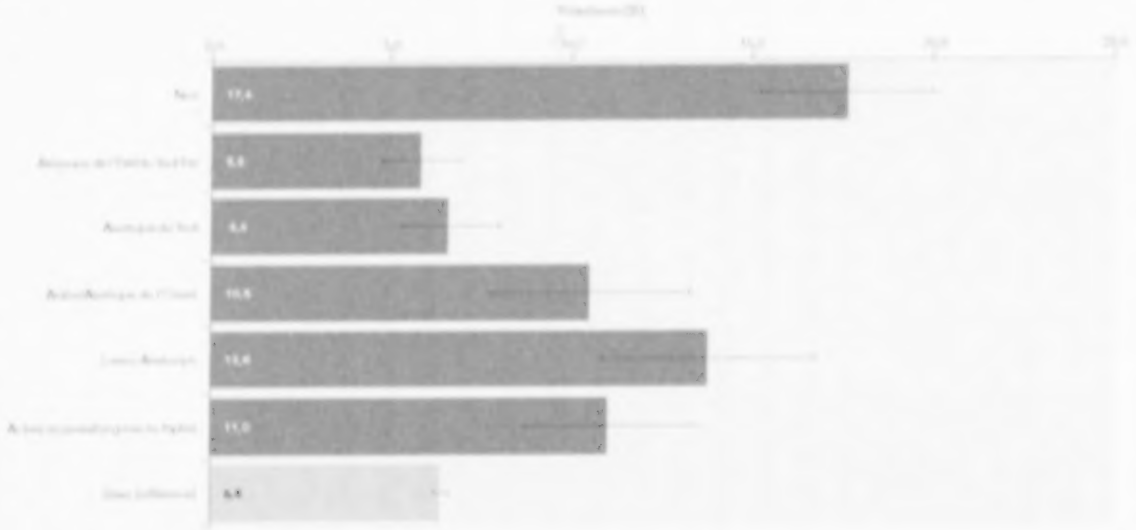
Si la prévalence chez les immigrants récents était la même que chez les non-immigrants, il y aurait 62 180 (IC à 95 % : 30 100–94 250) adultes canadiens en moins qui vivent au sein de ménages en insécurité alimentaire. Aucune différence significative dans la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages n'a été observée entre les adultes immigrants de longue date (> 10 années au Canada) et les adultes non immigrants.

Revenu

La majorité des adultes en situation d'insécurité alimentaire grave ou modérée se trouvaient dans le quintile de revenu le plus bas, mais l'insécurité alimentaire touchait également un nombre important d'adultes dans les deuxième et troisième quintiles de revenu. Ainsi, l'insécurité alimentaire des ménages ne se retrouve pas exclusivement chez les adultes les plus pauvres du Canada. Parmi les adultes du quintile de revenu le plus faible, 24,0 % (IC à 95 % : 23,0–24,9 %) vivaient dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire grave ou modérée. Cela signifie que les personnes du quintile de revenu inférieur avaient une probabilité 30 fois supérieure de faire partie d'un ménage en insécurité alimentaire (ratio de prévalence = 32,4; IC à 95 % : 25,5–39,4) que les personnes du quintile de revenu le plus élevé. À mesure que le revenu augmentait, l'insécurité alimentaire des ménages diminuait. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes du quintile supérieur était de 0,7 % (IC à 95 % : 0,6–0,9 %) (figure 7).

FIGURE 3

Ménages en insécurité alimentaire selon l'origine culturelle ou raciale, Canada, âges 18 ans et plus, 2009–2012

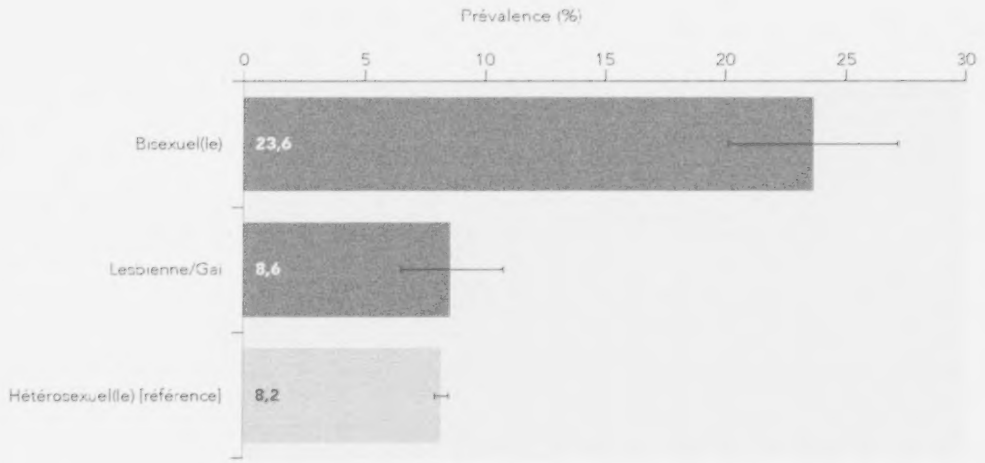


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPEP)
Noir	2,8*	11,2*	63,6*	3,5*	0,3*	66 790*
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	0,9	−0,5	NA	NA	NA	NA
Asiatique du Sud	1,0	0,2	3,9	0,1	0,0	2 480
Arabe/Asiatique de l'Ouest	1,6*	4,1*	39,1*	0,9*	0,1*	17 110*
Latino-Américain	2,2*	7,4*	53,7*	1,2*	0,1*	24 330*
Autres origines/ origines multiples	1,7*	4,6*	42,1*	1,1*	0,1*	21 400*
Blanc (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Signale statistiquement différent de la catégorie de référence
La stratification selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Composante annuelle 2009–2012

FIGURE 4

Ménages en insécurité alimentaire selon l'orientation sexuelle, Canada, âges 18 ans et plus, 2009–2012

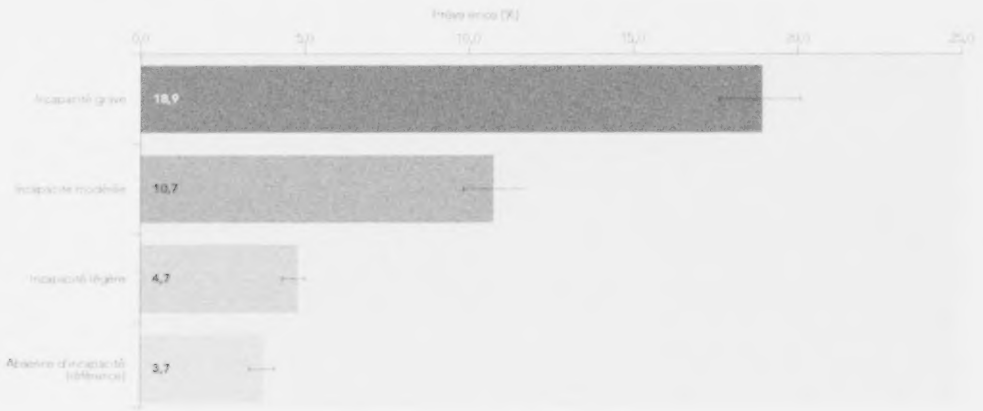


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCES (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	AUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Bisexuel(le)	2,9*	15,4*	65,3*	1,8*	0,2*	31 050*
Lesbienne/Gai	1,1	0,4	5,0	0,1	0,0	1 080
Hétérosexuel [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2009–2010

FIGURE 5

Ménages en insécurité alimentaire selon la santé fonctionnelle, Canada, âges 18 et ans, 2009–2012

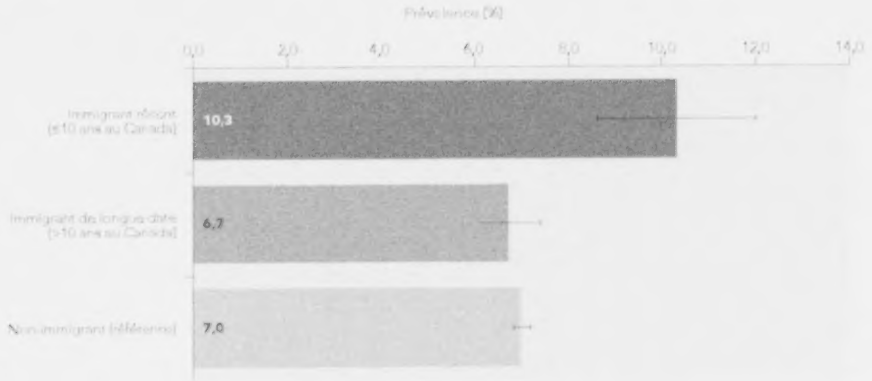


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité grave	5,1*	15,2*	80,3*	25,8*	1,9*	480 900*
Incapacité modérée	2,9*	7,0*	65,4*	14,0*	1,0*	260 050*
Incapacité légère	1,3*	1,0*	20,5*	6,1*	0,4*	113 580*
Absence d'incapacité (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2009–2010

FIGURE 6

Ménages en insécurité alimentaire selon le statut d'immigrant, Canada, âges 18 ans et plus, 2009–2012

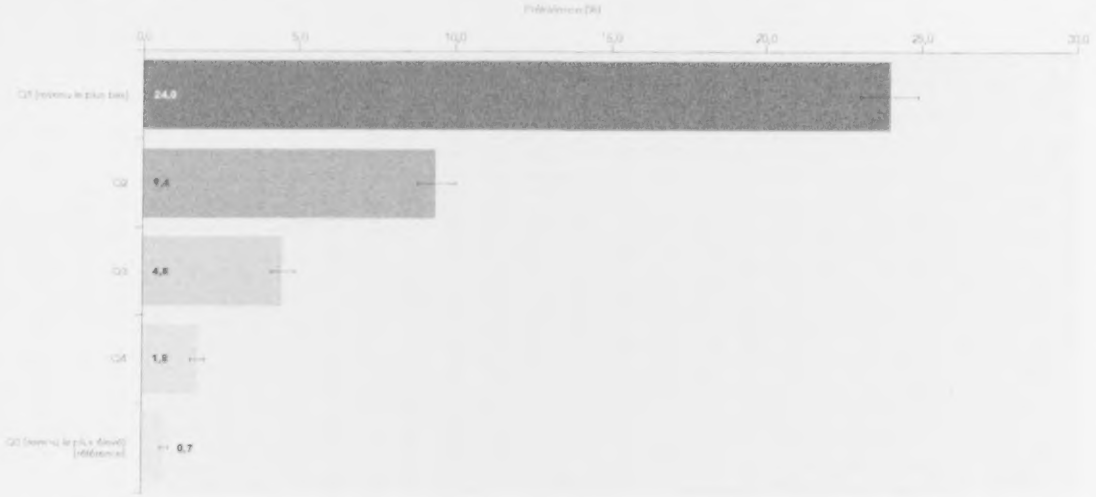


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤ 10 ans au Canada)	1,5*	3,3*	32,1*	3,3*	0,2*	62 180*
Immigrant de longue date (> 10 ans au Canada)	1,0	–0,2	NA	NA	NA	NA
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2009–2012

FIGURE 7

Ménages en insécurité alimentaire selon le quintile de revenu, Canada, âges 18 ans et plus, 2009–2012



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Q1 (revenu le plus bas)	32,4*	23,2*	96,9*	53,6*	4,1*	1 085 590*
Q2	12,8*	8,7*	92,2*	20,8*	1,6*	422 170*
Q3	6,1*	3,8*	83,6*	9,2*	0,7*	186 070*
Q4	2,4*	1,0*	58,0*	2,5*	0,2*	51 430*
Q5 (revenu le plus élevé) [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Q : Quintile
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)- Composante annuelle 2009-2012

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était la plus élevée chez les adultes qui avaient de faibles niveaux de scolarité. Dans les ménages où l'adulte ayant le niveau de scolarité le plus élevé n'avait pas de diplôme d'études secondaires, l'insécurité alimentaire était 8,5 (IC à 95 % : 7,6–9,5) fois plus répandue que dans les ménages qui comptaient au moins un diplômé universitaire (figure 8).

Si la prévalence chez les adultes vivant dans des ménages où aucun membre n'avait terminé ses études secondaires était la même que dans les ménages comptant au moins un diplômé universitaire, il y aurait une réduction de 88,3 % (IC à 95 % : 87,0–89,6) de la prévalence chez les adultes vivant dans des ménages où aucun membre n'avait terminé ses études secondaires. Cela correspondrait à une réduction de 18,7 % (IC à 95 % : 17,4–20,0 %) de la prévalence globale de l'insécurité alimentaire des ménages au Canada, soit 394 300 (IC à 95 % : 363 410–425 180) adultes en moins qui vivent dans des ménages exposés à l'insécurité alimentaire.

Comparativement aux ménages comptant un diplômé universitaire, la prévalence de l'insécurité alimentaire était supérieure dans les ménages où le niveau de scolarité le plus élevé était l'école secondaire, des études postsecondaires partielles ou un collège communautaire/une école technique. Le ratio de prévalence (RP) était de 3,8 (IC à 95 % : 3,4–4,2) dans les ménages où le niveau de scolarité le plus élevé était l'école secondaire; 4,8 (IC à 95 % : 4,2–5,5) dans les ménages où le plus haut niveau était des études postsecondaires partielles; et 2,6 (IC à 95 % : 2,3–2,8) dans les ménages où le plus haut niveau était un collège communautaire ou une école technique.

Situation d'emploi et profession

Les inégalités relatives à l'insécurité alimentaire des ménages par rapport à l'emploi étaient importantes, en particulier chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler. Dans ce groupe, la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages représentait 5,9 (IC à 95 % : 5,3–6,5) fois la prévalence chez les adultes ayant un emploi (figure 9).

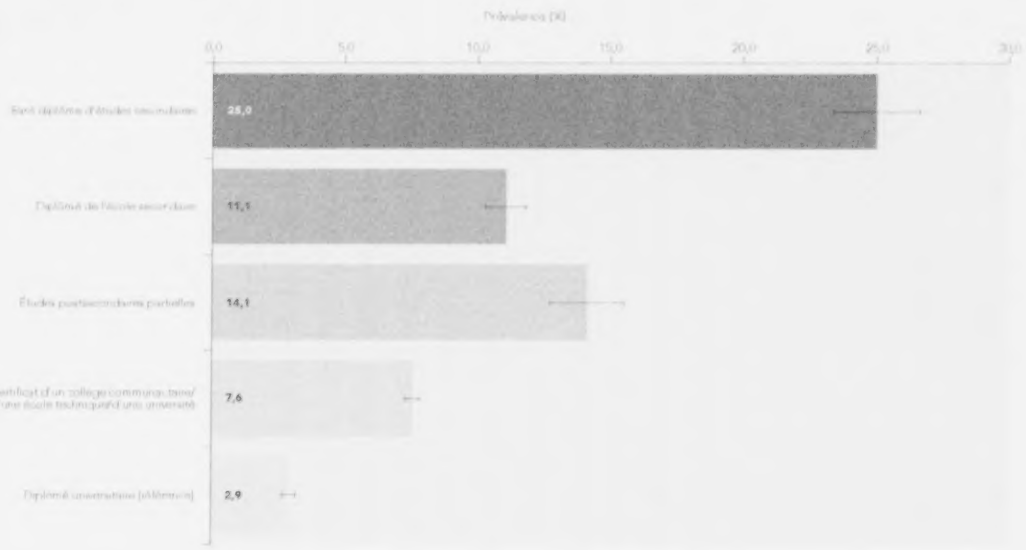
Si la prévalence était la même chez les adultes ayant une incapacité permanente de travailler et les adultes ayant un emploi, il y aurait une réduction de 83,1 % (IC à 95 % : 81,4–84,7 %) de la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages parmi ceux ayant une incapacité permanente de travailler. Cela se traduirait par 186 490 (IC à 95 % : 150 820–222 150) adultes en moins qui déclarent une insécurité alimentaire du ménage au Canada.

Si l'emploi peut fournir les ressources nécessaires pour éviter l'insécurité alimentaire, les ménages de travailleurs signalent tout de même des problèmes d'insécurité alimentaire. Parmi les adultes ayant un emploi, les travailleurs non qualifiés avaient une prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages 3,8 (IC à 95 % : 3,0–4,7) fois plus élevée que celle des professionnels. Chez les travailleurs adultes semi-qualifiés, la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était 2,6 (IC à 95 % : 2,0–3,1) fois plus élevée que chez les adultes occupant des postes professionnels.

Si la prévalence chez les travailleurs adultes non qualifiés était la même que chez ceux occupant des postes professionnels, il y aurait 140 940 (IC à 95 % : 120 580–161 310) adultes en moins qui déclarent une insécurité alimentaire du ménage au Canada. De plus, si la prévalence chez les travailleurs adultes semi-qualifiés était la même que chez les professionnels, il y aurait 208 130 (IC à 95 % : 173 580–242 680) adultes en moins qui déclarent une insécurité alimentaire du ménage au Canada.

FIGURE 8

Ménages en insécurité alimentaire selon le niveau de scolarité du ménage, Canada, âges 18 ans et plus, 2009–2012

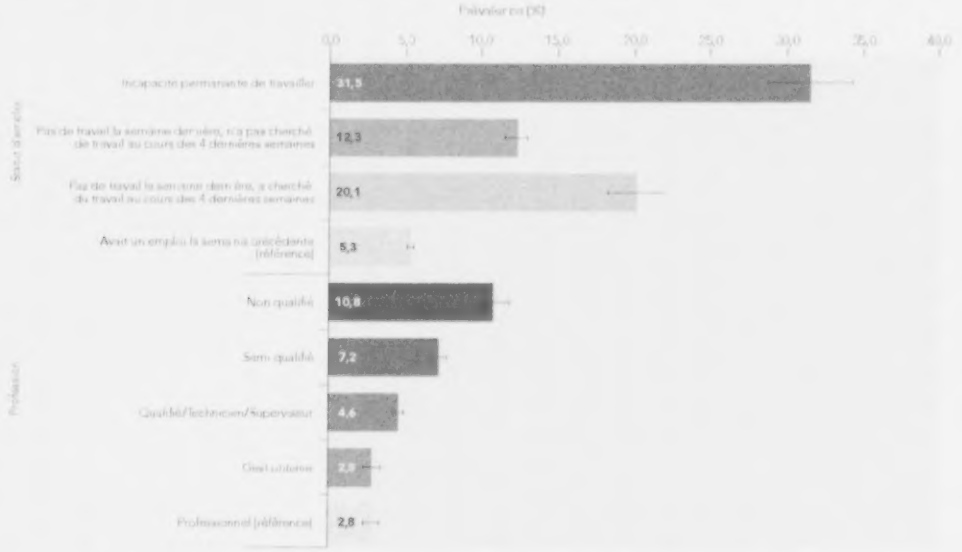


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	8,5*	22,1*	88,3*	18,7*	1,5*	394 300*
Diplôme de l'école secondaire	3,8*	8,2*	73,6*	10,5*	0,8*	221 730*
Études postsecondaires partielles	4,8*	11,2*	79,3*	6,4*	0,5*	134 500*
Certificat d'un collège communautaire/ d'une école technique/d'une université	2,6*	4,7*	61,6*	23,2*	1,8*	488 960*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2009–2012

FIGURE 9

Ménages en insécurité alimentaire selon la situation d'emploi et la profession, Canada, âges 18–75 ans, 2009–2012



SITUATION D'EMPLOI	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Incapacité permanente de travailler	5,9*	26,2*	83,1*	8,9*	0,7*	186 490*
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	2,3*	6,9*	56,5*	18,9*	1,6*	394 590*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	3,8*	14,8*	73,4*	8,1*	0,7*	169 570*
Avait un emploi la semaine précédente (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
PROFESSION						
Non qualifié	3,8*	8,0*	73,9*	7,4*	0,6*	140 940*
Semi-qualifié	2,6*	4,4*	61,0*	10,9*	0,9*	208 130*
Qualifié/Technicien/ Superviseur	1,6*	1,8*	38,6*	5,7*	0,4*	109 360*
Gestionnaire	1,0	0,0	NA	NA	NA	NA
Professional (référence)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

NA : Non applicable
*: Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)–Composante annuelle 2009–2012

Résidence en milieu urbain ou rural

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages est similaire en milieu rural et urbain[53]. L'insécurité alimentaire des ménages est légèrement plus répandue chez les habitants des petits centres urbains, soit 1,2 (IC à 95 % : 1,1–1,3) fois la prévalence chez les habitants des grands centres urbains (à l'exclusion de Toronto, Montréal et Vancouver). Cependant, dans les régions éloignées ou rurales, la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages est similaire ou légèrement inférieure à celle du groupe de référence.

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

La mesure de l'insécurité alimentaire des ménages était basée sur le Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM), lequel rend compte des problèmes d'accès à la nourriture qui dépendent du revenu au niveau des ménages. Les problèmes liés à la sécurité alimentaire qui ne concernent pas l'abordabilité, tels que l'accès physique et social à des aliments sains, salubres et nutritifs, ne sont pas pris en compte dans cette mesure. En raison des petits nombres résultant du niveau de désagrégation utilisé dans le présent rapport, les valeurs relatives à l'insécurité alimentaire modérée et grave ont été combinées pour l'analyse. Bien que la création d'une telle variable dichotomique ne soit pas rare dans les études portant sur l'insécurité alimentaire, la combinaison de l'insécurité alimentaire modérée et grave permettra d'observer des associations plus modestes, étant donné que l'insécurité alimentaire grave a une incidence beaucoup plus importante sur la santé et le bien-être individuels que l'insécurité alimentaire modérée. (11,13,14).

Bien que les données de l'ESCC sur l'insécurité alimentaire soient collectées au niveau des ménages plutôt qu'au niveau individuel, l'unité d'analyse était les adultes vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire. Cet angle d'analyse était nécessaire pour évaluer les inégalités en fonction des stratificateurs sociodémographiques et socioéconomiques. Bien que l'analyse des facteurs au niveau des ménages, tels que la propriété de l'habitation, le nombre d'enfants et la structure familiale, puisse servir à mieux comprendre les principales inégalités liées à la sécurité alimentaire (6,15,16), ce type d'analyse dépassait le cadre du présent rapport.

Le module à six variables de l'enquête américaine sur la sécurité alimentaire des ménages qui a été utilisé dans l'analyse de l'ERS n'incluait pas de questions sur la sécurité alimentaire des enfants. Par conséquent, la plage d'insécurité alimentaire la plus grave chez les adultes, pour laquelle la consommation alimentaire des enfants est vraisemblablement réduite, n'est pas prise en compte ici (17).

Le revenu est une variable importante, mais aucun ajustement n'a été effectué pour tenir compte des variations régionales du coût de la vie, ce qui représente une limite. De plus, à compter de l'ESCC de 2011, le revenu des ménages a été attribué lorsque cette information était absente, ce qui était le cas pour 30 à 35 % des répondants à l'ESCC (18).

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (12), le calcul des valeurs *p* confirmerait que les différences sont statistiquement significatives.

Étant donné que les données présentées sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité. Par exemple, la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages était plus élevée chez les personnes ayant une incapacité fonctionnelle grave. Bien que cela puisse s'expliquer par le fait que les personnes ayant une incapacité fonctionnelle grave présentaient un risque accru d'insécurité alimentaire, il se pourrait

53. Pour les définitions des sous-groupes ruraux/urbains, voir le chapitre Méthodologie.

également que les personnes souffrant d'insécurité alimentaire soient plus à risque d'avoir une incapacité fonctionnelle. La présente analyse avait pour objet d'illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités relatives à la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis.

Ces résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène de certains groupes sociaux. Par exemple, la comparaison de la population immigrante en entier à la population non immigrante ne montre pas comment les inégalités se manifestent différemment au sein des populations d'immigrants et d'une population d'immigrants à l'autre. Cela peut aboutir à une surestimation ou à une sous-estimation du fardeau sanitaire qui pèse sur ces groupes (19). Notamment, l'information concernant le statut de réfugié n'était pas disponible. En outre, le regroupement selon l'origine culturelle ou raciale peut aussi conduire à une surestimation ou à une sous-estimation de la prévalence, en raison de l'inclusion de groupes hétérogènes dans une même catégorie sociale (20). De plus, les inégalités auxquelles font face les personnes et les collectivités qui présentent de multiples identités croisées n'ont pas été décrites ici.

DISCUSSION

L'insécurité alimentaire des ménages est étroitement liée à la santé et au bien-être des familles et des personnes, même dans les pays à revenu élevé comme le Canada. Des inégalités en matière d'insécurité alimentaire des ménages sont visibles à l'intérieur d'une gamme de stratifications sociales, y compris le sexe ou le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, l'emploi, la profession, la santé fonctionnelle, l'identité autochtone et l'orientation sexuelle.

Même si l'inégalité mesurée selon le sexe ou le genre est relativement modeste, le sexe ou le genre sont fortement liés à l'insécurité alimentaire lorsque la structure du ménage est prise en compte. Les ménages dirigés par des femmes monoparentales sont particulièrement vulnérables à l'insécurité alimentaire (6,15,16). Fait intéressant, dans les ménages mariés ou en union libre avec ou sans enfants, les femmes ont signalé des taux d'insécurité alimentaire plus élevés que les hommes; ces divergences n'ont pu être expliquées par les caractéristiques des répondants ou par les facteurs socioéconomiques (21).

L'insécurité alimentaire des ménages était inversement liée à l'âge. La réduction du risque chez les aînés peut être attribuable à l'effet protecteur des revenus annuels garantis offerts aux Canadiens de plus de 65 ans (22) et à une augmentation de la probabilité que la personne soit propriétaire de son habitation (23), un facteur qui est associé à une prévalence réduite de l'insécurité alimentaire (24). La prévalence supérieure de l'insécurité alimentaire des ménages chez les enfants reflète probablement un risque accru d'insécurité alimentaire dans les ménages avec enfants que dans ceux sans enfant. En outre, la prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants de 12 à 17 ans est probablement sous-estimée, étant donné que dans ces ménages, les adultes réduisent souvent leur propre consommation alimentaire afin de fournir plus de nourriture à leurs enfants (6).

Les relations entre l'insécurité alimentaire des ménages et le niveau de scolarité, le revenu et la situation d'emploi suivent clairement un fort gradient. Par exemple, un niveau de scolarité élevé favorise l'obtention d'un poste mieux rémunéré et d'une meilleure sécurité d'emploi, ce qui améliore l'accès à des aliments nutritifs (5).

Au Canada et dans d'autres pays développés, un faible revenu est constamment associé à l'insécurité alimentaire (25,26). En 2014, environ 1,9 million de familles canadiennes – soit près d'une personne sur 10 – n'avaient pas des revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins de base, et ce nombre n'a que peu évolué au cours de la dernière décennie (27). En outre, l'inégalité des revenus s'est accentuée pendant les 20 dernières années (28). Un faible revenu prédispose les ménages à la défavorisation matérielle, y compris à l'impossibilité de se procurer des aliments

adéquats et nutritifs (5). Lorsque le coût des articles de première nécessité dépasse la capacité de paiement du ménage, les ménages à faible revenu peuvent se retrouver dans l'impossibilité d'obtenir une nourriture de qualité en quantité suffisante (29).

Néanmoins, l'insécurité alimentaire n'était pas limitée aux ménages canadiens ayant le revenu le plus faible. Une analyse de l'ensemble des données de l'ESCC pour 2005–2010 a révélé qu'environ 15 % des ménages en situation d'insécurité alimentaire n'étaient pas pauvres financièrement (30). Les facteurs associés à l'insécurité alimentaire dans les familles à revenu moyen comprennent un revenu irrégulier, des coûts élevés de logement ou de garde d'enfants (16), la location d'un logement (22), les maladies chroniques, la taille et la composition du ménage, le tabagisme et un problème de jeu (30).

La prévalence de l'insécurité alimentaire variait selon les secteurs d'emploi et la situation d'emploi, les adultes dans l'incapacité de travailler et les travailleurs non qualifiés étant plus nombreux à vivre dans des ménages en insécurité alimentaire. Une analyse antérieure de ménages dont les revenus provenaient de la participation au marché du travail a révélé que la prévalence de l'insécurité alimentaire était la plus élevée chez les employés des secteurs de l'hébergement/la restauration et de l'administration, ainsi que dans les ménages où les salariés occupaient plusieurs emplois ou des postes qu'ils jugeaient particulièrement stressants (31). Pour des niveaux de scolarité comparables, les travailleurs des minorités visibles étaient plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire que les travailleurs d'origine européenne (31).

En raison de la forte relation entre le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et la capacité d'acheter des aliments sains, des taux plus élevés d'insécurité alimentaire ont été observés dans les groupes démographiques qui sont plus vulnérables sur le plan socioéconomique. Au Canada, la population adulte non blanche aurait, de façon générale, des taux de chômage plus élevés et des revenus plus faibles que ceux des adultes blancs (32), ce qui pourrait favoriser l'insécurité alimentaire. Même avec des niveaux de scolarité comparables, les travailleurs appartenant à une minorité visible étaient plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire que ceux d'origine européenne (31).

Comme il a été mentionné précédemment, on observe un gradient manifeste entre l'insécurité alimentaire des ménages et les incapacités fonctionnelles légères à graves. Chez les personnes ayant des incapacités fonctionnelles graves, les déterminants de l'insécurité alimentaire des ménages comprennent l'incapacité de travailler, ce qui entraîne des revenus inférieurs et une dépendance accrue envers l'assistance sociale du gouvernement comme source de revenu (4). Les ménages qui dépendent des programmes d'assistance sociale, tels que l'aide sociale, l'assurance-emploi et l'indemnisation des accidentés du travail, sont plus à risque de souffrir d'insécurité alimentaire (15,31,33). Toutefois, les programmes gouvernementaux qui garantissent un revenu annuel aux aînés ont un effet protecteur démontré (22).

La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages est plus élevée dans les populations autochtones que dans les populations non autochtones. Les Inuits et les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord sont les plus touchés. La prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes inuits était de 24,8 %. Il se pourrait que les données de l'ESCC sous-estiment l'ampleur de l'insécurité alimentaire chez les Inuits. Par exemple, l'Enquête sur la santé des Inuits menée au Nunavut en 2007 et en 2008 a révélé que plus de 70 % des ménages d'adultes inuits vivaient dans l'insécurité alimentaire (34).

L'insécurité alimentaire dans les populations autochtones est le produit de facteurs socioéconomiques, de la perte du lien avec la terre qui assurait traditionnellement l'approvisionnement en aliments riches en nutriments, et de la perte du partage communautaire et du soutien envers l'alimentation traditionnelle

ENCADRÉ 2
PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS LES RÉSERVES ET LES COLLECTIVITÉS DU NORD – MISE EN CONTEXTE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Préparé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN)

Les politiques coloniales qui ont déplacé les membres des Premières Nations à l'extérieur leurs terres et les ont déconnectées de leur culture sont à la base de l'insécurité alimentaire qui touche actuellement de nombreuses collectivités de Premières Nations (35,38,39). Plus particulièrement, les attaques dirigées contre la structure familiale et communautaire (comme les pensionnats indiens, la rafle des années 1960) ont interdit la consommation d'aliments traditionnels et empêché les pratiques culturelles entourant l'accès à la nourriture (chasse et cueillette), sa préparation et son partage (cérémonies culturelles) (40,41). Ces attaques ont également entravé la capacité des Premières Nations à transmettre les connaissances culturelles qui auraient favorisé une alimentation de qualité pour les générations futures (35,39). L'insécurité alimentaire découle aussi de la construction de réserves contrôlées par le gouvernement, qui ont isolé les membres des Premières Nations et restreint leur mobilité. Les membres des Premières Nations n'ont pu suivre les mouvements migratoires des animaux ni se déplacer pour le commerce, des activités qui auraient fourni des aliments de qualité et des moyens de subsistance économique aux collectivités (38,40). En outre, la grande biodiversité des terres traditionnelles a souffert (et continue de souffrir) de l'urbanisation rapide et de l'extraction massive des ressources, qui polluent et dégradent l'environnement. En conséquence, la densité des espèces animales et végétales a diminué, de même que la disponibilité de sources d'aliments et d'eau salubres (40,42,43). Cette réalité, conjuguée aux coûts et à la réglementation des pratiques de chasse et de pêche découlant du régime colonial, fait en sorte que beaucoup de membres des Premières Nations dépendent désormais des aliments occidentaux offerts en épicerie (35,44). En raison du coût supérieur de la vie dans les régions éloignées et le Nord, et notamment du coût élevé de l'importation d'aliments (en particulier ceux de qualité), et parce que de nombreuses collectivités manquent de possibilités de développement socioéconomique, les aliments abordables auxquels ont accès les membres des Premières Nations sont généralement transformés et pauvres en nutriments (35,44).

(35) (encadré 2). Les régions du Nord du Canada présentent des taux supérieurs d'insécurité alimentaire. L'importation des denrées alimentaires par avion sur de grandes distances rend leurs habitants particulièrement vulnérables à l'augmentation des coûts de carburant et aux conditions météorologiques imprévisibles. Bien que la capacité d'adaptation soit une grande caractéristique de la chasse et de la pêche de subsistance des Inuits, l'augmentation des coûts, les changements climatiques et les changements culturels ont rendu difficile l'approvisionnement en aliments traditionnels (locaux) et diminué l'offre d'aliments nutritifs dans certaines collectivités (36,37).

Les adultes bisexuels avaient une probabilité presque trois fois plus grande de vivre dans un ménage en insécurité alimentaire que les adultes hétérosexuels. Bien que peu de recherches aient porté sur l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes bisexuels, quelques recherches ont révélé qu'une forte proportion d'adultes bisexuels vivent dans la pauvreté au Canada (45); cela pourrait contribuer à la forte prévalence de l'insécurité alimentaire dans ce groupe. Une étude menée en 2014 aux États-Unis a également révélé un taux élevé d'insécurité alimentaire chez les adultes bisexuels par rapport aux adultes ayant d'autres orientations sexuelles (46).

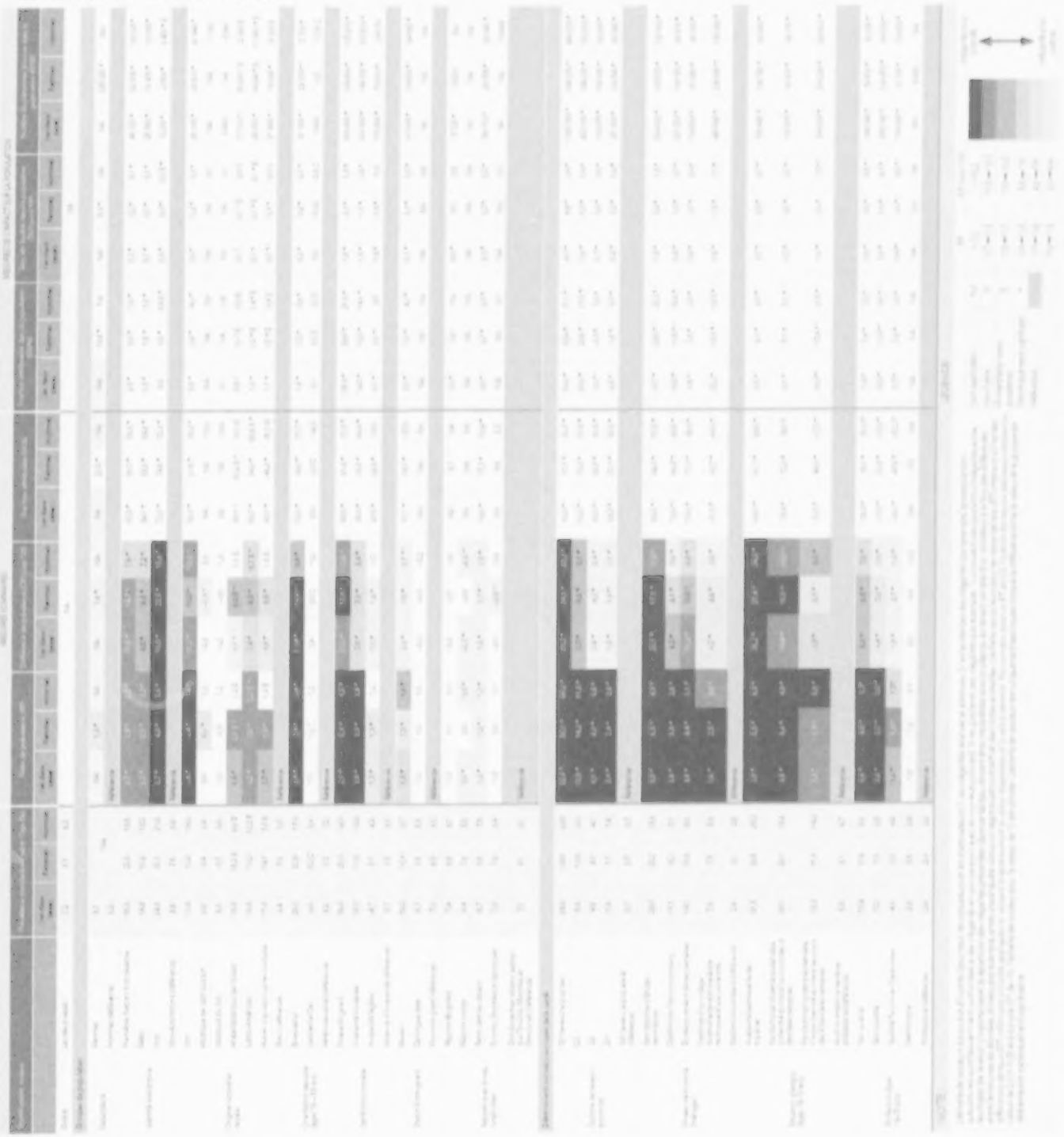
Les immigrants récents étaient 50 % plus susceptibles de vivre dans un ménage en insécurité alimentaire que les adultes nés au Canada. Il n'y avait aucune différence en matière d'insécurité alimentaire entre les immigrants de longue date et les adultes nés au Canada. Les données sur l'insécurité alimentaire chez les immigrants sont variables; dans l'ESCC de 2007–2008, des taux élevés similaires étaient signalés chez les immigrants récents, mais pas chez les immigrants de longue date (2). Cependant, d'autres études font état d'un risque réduit pour les immigrants (15,16,30) si l'on corrige les données en fonction de facteurs comme le revenu. Les recherches donnent à penser que les déterminants de l'insécurité alimentaire chez les immigrants récents comprennent le chômage ou le sous-emploi après l'arrivée au Canada et les revenus restreints correspondants (47). Le stress lié à l'adaptation à un nouvel environnement, ainsi que les difficultés d'apprentissage ou de fonctionnement dans une nouvelle langue, l'exclusion sociale et la perte de soutien communautaire ou familial sont également associés à l'insécurité alimentaire chez les immigrants récents (48,49).

Certains pays, y compris les États-Unis, ont des programmes fédéraux qui ciblent l'insécurité alimentaire, mais le Canada ne dispose d'aucune approche coordonnée face à cette question en particulier. Lorsque le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation a visité le Canada en 2012, il s'est dit préoccupé par les taux élevés et la gravité de l'insécurité alimentaire des ménages. Il a souligné les rôles clés que les stratégies nationales jouent dans la promotion et la protection du droit à l'alimentation (50).

Au Canada, un nombre croissant d'adultes sont incapables de subvenir à leurs besoins alimentaires de base (50), ce qui les rend plus vulnérables à divers problèmes de santé, notamment au diabète (9) et à la dépression (10), ainsi qu'à une utilisation accrue du système de santé (11). De nombreuses complications de santé physique et mentale, ainsi que cette utilisation accrue, sont liées à l'insécurité alimentaire. Différents stratificateurs sociaux mettent en évidence des inégalités dans l'insécurité alimentaire des ménages, notamment la situation d'emploi, la profession, le statut d'immigrant, l'origine culturelle ou raciale, l'orientation sexuelle et l'identité autochtone. Il existe en outre un gradient social pour un certain nombre stratificateurs : l'insécurité alimentaire diminue à mesure que l'âge, le revenu du ménage, le niveau de scolarité du ménage et la santé fonctionnelle augmentent. L'insécurité alimentaire des ménages est un important déterminant social de la santé, et même si une analyse optimale permettrait d'examiner les caractéristiques au niveau des ménages, l'analyse actuelle documente néanmoins d'importantes inégalités entre divers groupes socioéconomiques et démographiques. La disponibilité d'aliments salubres, variés et abordables est un déterminant essentiel de la santé mentale et physique. Cette disponibilité est largement influencée par les environnements sociaux et physiques, et elle contribue au bien-être personnel et social.

La mesure systématique des inégalités en santé chez les adultes canadiens vivant dans des ménages en insécurité alimentaire aidera à définir et à renforcer les interventions existantes, afin de réduire les différences observées et leurs conséquences. Toutefois, pour s'attaquer aux causes profondes de ces inégalités, il faudra intervenir stratégiquement à l'égard des facteurs qui ont une incidence plus générale, notamment le revenu et la réduction de la pauvreté, l'équilibre alimentaire et des politiques culturellement adaptées concernant des questions comme les aliments traditionnels (50). La surveillance continue des inégalités en santé dans les différents groupes sociodémographiques et socioéconomiques indiquera si les écarts relatifs à l'insécurité alimentaire s'élargissent ou se rétrécissent, et elle permettra d'éclairer davantage les programmes, les politiques et la recherche.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour les ménages en insécurité alimentaire.
Source de sonnées : ESCC 2009-2012



Références

(1) Ledrou I et Gervais J. Insécurité alimentaire [Internet]. Ottawa, ON, Statistique Canada; 2005. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2004003/article/7841-fra.pdf.

(2) Santé Canada. [Internet]. Santé Canada; 2012. Insécurité alimentaire des ménages au Canada : Survol [mise à jour le 25 juillet 2012]. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/index-fra.php.

(3) PROOF Food Insecurity Policy Research. [Internet]. Food insecurity in Canada [mise à jour en 2017; page consultée le 16 novembre 2017]. [environ 12 écrans]. Accessible à l'adresse : http://proof.utoronto.ca/food-insecurity/.

(4) Hawkins E et Roshanafshar S. L'insécurité alimentaire au Canada [Internet]. Ottawa, Statistique Canada; 2015 [page consultée le 17 novembre 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2015001/article/14138-fra.pdf.

(5) Mikkonen J, Raphael D. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York; 2011.

(6) Tarasuk V, Mitchell A et Dachner N. L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2014. Toronto, ON, Instituts de recherche en santé du Canada; 2016.

(7) Kirkpatrick SI, Tarasuk V. Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents. J Nutr. 2008;138(3):604-12.

(8) Kirkpatrick SI, Dodd KW, Parsons R, Ng C, Garriguet D, Tarasuk V. Household food insecurity is a stronger marker of adequacy of nutrient intakes among Canadian compared to American youth and adults. The Journal of Nutrition. 2015 July 01;145(7):1596-603.

(9) Seligman HK, Bindman AB, Vittinghoff E, Kanaya AM, Kushel MB. Food insecurity is associated with diabetes mellitus: Results from the National Health Examination and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002. Journal of General Internal Medicine. 2007 07/01;22(7):1018-23.

(10) Heflin CM, Siefert K, Williams DR. Food insufficiency and women's mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. Social Science & Medicine 2005 November 2005;61(9):1971-1982.

(11) Tarasuk V, Cheng J, de Oliveira C, Dachner N, Gundersen C, Kurdyak P. Association between household food insecurity and annual health care costs. CMAJ. 2015 Oct 6;187(14):E429-36.

(12) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(13) Cook JT, Frank DA, Levenson SM, Neault NB, Heeren TC, Black MM, et al. Child food insecurity increases risks posed by household food insecurity to young children's health. J Nutr. 2006 Apr;136(4):1073-6.

(14) Temple JB. Severe and moderate forms of food insecurity in Australia: are they distinguishable? Aus J Social Iss. 2008;43(4):649-68.

(15) Li N, Dachner N, Tarasuk V. The impact of changes in social policies on household food insecurity in British Columbia, 2005–2012. Preventive Medicine 2016 December 2016;93(Supplement C):151-158.

(16) Sriram U, Tarasuk V. Economic predictors of housefold food insecurity in canadian metropolitan areas. J Hunger Environ Nutr. 2016 Jan;11(1):1-13.

(17) Economic Research Service USDA. [Internet]. U.S. Household Food Security Survey Module: Six-Item Short Form [mise à jour en septembre 2012; page consultée le 17 novembre 2017]; [environ 5 écrans]. Accessible à l'adresse : https://www.ers.usda.gov/media/8282/short2012.pdf.

(18) Yeung CW, Thomas S, Statistics Canada. Household Survey Methods Division. Income imputation for the Canadian Community Health Survey. 2012.

(19) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé, printemps 1996; nº 82-003 au catalogue, vol. 7, nº 4, p. 37-50.

(20) Edwards C, Fillingim R, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain. 2001 Nov;94(2):133-7.

(21) Matheson J, McIntyre L. Women respondents report higher household food insecurity than do men in similar Canadian households. Public Health Nutr. 2014;17(1):40-8.

(22) McIntyre L, Dutton DJ, Kwok C, Emery JCH. Reduction of food insecurity among low income Canadian seniors as a likely impact of a guaranteed annual income. Canadian Public Policy. 2016 09/01; 2017/11;42(3):274-86.

(23) Hou F. L'accession à la propriété pendant le cycle de vie des Canadiens : analyse fondée sur les données du Recensement de la population du Canada. Ottawa, Statistique Canada; 2010 [page consultée le 17 novembre 2017].

(24) Chen J, Che J. L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens [données de 1998-1999]. Rapports sur la santé, août 2001; 12(4):19 novembre, 2017-11-22.

(25) Pruitt SL, Leonard T, Xuan L, Amory R, Higashi RT, Nguyen OK, et al. Who is food insecure? Implications for targeted recruitment and outreach, National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2010. Preventing Chronic Disease. 2016 10/13;13:E143.

(26) Vozoris N, Tarasuk V. Household food insufficiency is associated with poorer health. J Nutr. 2003 Jan;133(1):120-6.

(27) Statistique Canada. [Internet]. Statistique Canada; Enquête canadienne sur le revenu, 2014 [mise à jour le 8 juillet 2016; page consultée le 17 novembre 2017]; [environ 5 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/160708/dq160708b-fra.pdf.

(28) The Conference Board of Canada. [Internet]. Canadian income inequality: Is Canada becoming more unequal? [mise à jour en 2017; page consultée le 17 novembre 2017]; [environ 11 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.conferenceboard.ca/hcp/hot-topics/canInequality.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1.

(29) Kirkpatrick S, Tarasuk V. The relationship between low income and household food expenditure patterns in Canada. Public Health Nutr. 2003 Sept;6(06):589-97.

(30) Olabiyi OM, McIntyre L. Determinants of food insecurity in higher-income households in Canada. J Hunger Environ Nutr. 2014 Oct;9(4):433-48.

(31) McIntyre L, Bartoo AC, Emery JCH. When working is not enough: Food insecurity in the Canadian labour force. Public Health Nutr. 2014 Jan;17(1):49-57.

(32) Block S and Galabuzi G. Canada's colour coded labour market: the gap for racialized workers. [Internet]. Ottawa, ON : Canadian Center for Policy Alternatives; 2011. Accessible à l'adresse : http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/03/Colour_Coded_Labour_MarketFINAL.pdf.

(33) Tarasuk V, Mitchell A et Dachner N. Insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2012. Toronto, ON, Instituts de recherche en santé du Canada; 2014.

(34) Egeland, GM. and the Nunavut Steering Committee Member Organization. International Polar Year Inuit Health Survey: Health in transition and resiliency. Montreal: 2010 [page consultée le 17 novembre 2017].

(35) Socha T, Zahaf M, Chambers L, Abraham R, Fiddler T. Food security in a northern First Nations community: An exploratory study on food availability and accessibility. J Aboriginal Health. 2012 March;8(2):5-14.

(36) Beaumier MC, Ford JD. Food insecurity among inuit women exacerbated by socioeconomic stresses and climate change. Can J Public Health. 2010 Jun;101(3):196-201.

(37) Ford JD, Smit B, Wandel J, Allurut M, Shappa K, Ittusasrjuat H, et al. Climate change in the Arctic: current and future vulnerability in two Inuit communities in Canada. Geographical Journal. 2008 Mar;174(1):45-62.

(38) Réseau pour une alimentation durable. Souveraineté alimentaire autochtone. Montréal, Réseau pour une alimentation durable; s.d. [page consultée le 17 novembre 2017].

(39) Power EM. Conceptualizing food security for Aboriginal people in Canada. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique. 2008;99(2):95-7.

(40) Assemblée des Premières Nations. La consommation d'aliments traditionnels est-elle sans danger pour les Premières Nations? [Internet]. Ottawa, Assemblée des Premières Nations, 2017 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : .

(41) Mosby I, Galloway T. "Hunger was never absent": How residential school diets shaped current patterns of diabetes among Indigenous peoples in Canada. Can Med Assoc J. 2017;189(32):E1043-5.

(42) Human Rights Watch. Make it safe: Canada's obligation to end the First Nations water crisis. 2016 [page consultée le 17 novembre 2017].

(43) Takaoka S, Fujino T, Hotta N, Ueda K, Hanada M, Tajiri M, et al. Signs and symptoms of methylmercury contamination in a First Nations community in Northwestern Ontario, Canada. Science of The Total Environment 2014 15 January 2014;468-469(Supplement C):950-957.

(44) Skinner K, Hanning R, Desjardins E, Tsuji L. Giving voice to food insecurity in a remote indigenous community in subarctic Ontario, Canada: traditional ways, ways to cope, ways forward. BMC Public Health. 2013 May;13:427.

(45) Ross L, O'Gorman L, MacLeod. M, Bauder G, MacKay J, Robinson M. Bisexuality, poverty and mental health: A mixed methods analysis. Soc Sci Med. 2016 May;156:64-72.

(46) Gates G. Food Insecurity and SNAP Participation (Food Stamps) in LGBT Communities [Internet]. The Williams Institute, UCLA School of Law; 2014. Accessible à la page : https://brian.carnell.com/wiki/_media/documents:f:food_insecurity_and_snap_participation_in_lgbt_communities.pdf.

(47) Girard A, Sercia P. Immigration and food insecurity: Social and nutritional issues for recent immigrants in Montreal, Canada. International Journal of Migration, Health and Social Care. 2013;9(1):32-45.

(48) Rodriguez P, Dean J, Kirkpatrick S, Berbary L, Scott S. Exploring experience of the food environment among immigrants living in the Region of Waterloo, Ontario. Can J Public Health. 2016;107:eS53-9.

(49) Vahabi M, Damba C. Perceived barriers in accessing food among recent Latin American immigrants in Toronto. Int J Equity Health. 2013 Jan;12(1):1-11.

(50) De Schutter O. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation; Additif – Mission au Canada. Nations Unies; 2012 [page consultée le 16 novembre 2017].

INÉGALITÉS RELATIVES AUX TRAVAILLEURS CANADIENS À FAIBLE REVENU

POINTS SAILLANTS DES INÉGALITÉS

- L'expression « travailleurs à faible revenu » s'entend des personnes de 18 à 64 ans qui vivent de manière autonome, qui ne sont pas des étudiants et qui gagnent au moins 3000 $ par année, mais dont le revenu familial après impôt est inférieur au seuil de faible revenu.
- Les Canadiens qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ont une probabilité 2,5 fois plus grande de faire partie des travailleurs à faible revenu, en comparaison des titulaires d'un diplôme universitaire. On compte ainsi 6,8 travailleurs à faible revenu de plus par tranche de 100 personnes.
- La pauvreté au travail est 2,4 fois plus répandue chez les personnes sans emploi qui cherchent activement du travail que chez celles qui ont un emploi. Cela signifie qu'il y a 9,5 travailleurs à faible revenu de plus pour 100 personnes sans emploi qui cherchent activement du travail.
- La prévalence de la pauvreté au travail chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve est 2,1 fois supérieure à la prévalence chez les Canadiens non autochtones. Cela correspond à 8,4 travailleurs à faible revenu de plus pour 100 personnes.
- La prévalence de la pauvreté au travail chez les Canadiens noirs, les Canadiens asiatiques de l'Est et du Sud-Est et, les Canadiens arabes et asiatiques du Sud et de l'Ouest équivaut à 2,2, 1,5 et 1,5 fois celle des Canadiens blancs. Cette prévalence se traduit par 8,1, 3,4 et 3,4 travailleurs à faible revenu de plus pour 100 personnes.
- Les immigrants récents (vivant au Canada depuis ≤ 10 ans) et les immigrants de longue date (vivant au Canada depuis plus de 10 ans) affichent une prévalence de la pauvreté au travail qui équivaut respectivement à 2,0 et à 1,5 fois celle des Canadiens non immigrants. Cela correspond à 6,8 et à 3,4 travailleurs à faible revenu de plus pour 100 personnes.
- Des différences dans la prévalence de la pauvreté au travail chez les hommes et les femmes sont manifestes en fonction de l'origine culturelle ou raciale et du niveau de scolarité.

ACRONYME	NOM COMPLET
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
IC	Intervalles de confiance

Le présent *Rapport pancanadien sur les inégalités en santé* fournit des mesures de référence sur les inégalités en santé qui se rapportent aux déterminants de la santé et aux issues de santé dans différents groupes de la population au Canada. Le *Rapport* définit et décrit l'importance et la répartition des principales inégalités en santé au Canada, ce qui représente une étape essentielle d'une démarche de promotion de l'équité en santé. Le *Rapport* n'a pas pour objet de décrire ou d'évaluer des interventions précises destinées à réduire les inégalités ou les iniquités en santé.

CONTEXTE

La pauvreté au travail a été étudiée dans de nombreux pays pour comprendre comment les efforts que fait un individu sur le marché du travail sont associés à l'état de pauvreté de sa famille, et quelle est l'incidence des politiques et des programmes socioéconomiques sur les travailleurs à faible revenu (1). Dans les pays développés comme le Canada, on s'attend généralement à ce que ceux qui travaillent fort puissent subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Cependant, certains travailleurs canadiens ont de la difficulté à joindre les deux bouts. En 2001, environ 50 % des familles canadiennes vivant dans la pauvreté comptaient au moins une personne ayant un emploi, et même si l'*effort* de travail de ces personnes était considérable[54], leurs conditions de travail, leur sécurité d'emploi et leur filet de sécurité sociale étaient moins favorables que ceux des personnes ayant un revenu familial plus élevé (2). Par rapport aux autres travailleurs canadiens, les travailleurs à faible revenu étaient plus de trois fois moins nombreux à bénéficier d'un régime de soins dentaires familial, d'une assurance-vie et invalidité ou d'un régime de retraite d'entreprise (1).

Les travailleurs canadiens à faible revenu présentent d'autres caractéristiques sociodémographiques. Comparativement aux autres travailleurs, ils ont une probabilité supérieure de toucher un salaire bas, d'être un travailleur autonome, d'être jeune (18 à 24 ans), d'être un immigrant récent (≤ 10 ans au Canada), d'être un parent seul, d'avoir un handicap et d'avoir beaucoup d'enfants (1). En 2001, environ 5,6 % de tous les travailleurs[55] et presque 40 % des Canadiens à faible revenu vivaient dans des familles de travailleurs à faible revenu (2).

Le présent rapport définit les travailleurs à faible revenu comme les personnes de 18 à 64 ans qui vivent de manière autonome, qui ne sont pas des étudiants et qui gagnent au moins 3000 $ par année, mais dont le revenu familial après impôt est inférieur au seuil de faible revenu (1). Ce seuil est une mesure relative du revenu, ajustée en fonction de la taille du ménage et correspondant à 50 % du revenu médian des ménages ajusté après impôt. Sur la base de cette définition, en 2014, environ 746000 Canadiens vivaient dans une famille où le principal soutien économique était considéré comme un travailleur à faible revenu (3). Ces personnes ont travaillé autant d'heures que la moyenne des Canadiens, mais elles gagnaient moins d'argent, occupaient plus fréquemment des emplois précaires ou aux horaires imprévisibles, et bénéficiaient de moins d'avantages sociaux que les travailleurs qui n'étaient pas des travailleurs à faible revenu (1).

MÉTHODES

Les données sur la prévalence de la pauvreté chez les travailleurs et les variables de stratification proviennent de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011, une enquête auto-administrée menée par Statistique Canada. L'ENM recueille de l'information sur les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population et des ménages canadiens. Cette information est complétée par les données issues du Recensement de la population du Canada (4).

54. En 2001, 76 % des travailleurs à faible revenu ont déclaré avoir accumulé 1500 heures ou plus de travail rémunéré au cours de l'année, un pourcentage légèrement inférieur à celui des travailleurs qui n'étaient pas dans une situation de faible revenu en 2001 (88 %).

55. Personnes de 18 à 64 ans qui n'étaient pas des étudiants à temps plein et qui avaient cumulé au moins 910 heures de travail rémunéré en 2001.

Les inégalités dans la prévalence de la pauvreté au travail ont été évaluées en examinant les différences en fonction de stratificateurs sociaux, lesquels étaient regroupés en stratificateurs socioéconomiques et sociodémographiques. Les stratificateurs sociodémographiques comprennent l'âge, le sexe ou le genre, l'identité autochtone, l'origine culturelle ou raciale, le statut d'immigrant et la résidence en milieu rural ou urbain. Les stratificateurs socioéconomiques comprennent le niveau de scolarité (20 ans et plus) et la situation d'emploi (18 à 75 ans).

En ce qui a trait à l'identité autochtone, la base d'échantillonnage de l'ENM contient de l'information sur les Autochtones qui s'identifient comme des Inuits, des Métis ou des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve.

> Les inégalités en santé sont les différences observées dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population. Ces différences peuvent découler de facteurs biologiques, de choix personnels ou du hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent qu'un grand nombre de différences pourraient s'expliquer par la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (dont le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social), de même que par l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux sur lesquels les personnes ont très peu d'emprise.

Les mesures de l'inégalité sont indiquées avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants. La signification statistique a été évaluée en utilisant les intervalles de confiance à 95 % (5). Les inégalités propres au sexe ou au genre ont été calculées pour l'ensemble des stratificateurs sociaux, mais ont été signalées uniquement lorsque les différences entre les hommes et les femmes étaient significatives sur le plan statistique. Six mesures de l'inégalité ont été calculées afin d'évaluer l'ampleur et l'impact des inégalités : ratio de prévalence, différence de prévalence, fraction attribuable, fraction attribuable dans la population, taux attribuable dans la population et nombre de personnes à risque dans la population.

Le présent rapport fournit des mesures de référence pour la surveillance continue des inégalités en santé. La mesure systématique des inégalités en santé peut révéler des iniquités en santé, à savoir des différences d'état de santé entre les groupes causées par des désavantages sociaux qui peuvent être modifiés à l'aide de politiques et de programmes d'intervention. Le groupe de référence de chaque population a été choisi en partant de l'hypothèse que ce groupe était le plus avantagé sur le plan social dans le contexte canadien. (Pour en savoir plus, consultez le chapitre Méthodologie.)

CONSTATS

La prévalence globale de la pauvreté chez les travailleurs canadiens de 18 à 64 ans était de 7,6 % (IC à 95 % : 7,3–7,9 %). Des inégalités ont été observées dans toutes les catégories sociodémographiques et socioéconomiques, à l'exception du sexe ou du genre (annexe 1). (L'Outil de données sur les inégalités en santé contient de l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

Âge

Les jeunes Canadiens étaient plus susceptibles d'être des travailleurs à faible revenu que leurs homologues plus âgés. Les travailleurs à faible revenu représentaient 8,0 % (IC à 95 % : 7,8–8,2 %) des Canadiens de 18 à 34 ans; cette proportion passait à 5,6 % (IC à 95 % : 5,4–5,7 %) chez les 35 à 49 ans, puis à 4,6 % (IC à 95 % : 4,5–4,8 %) chez les 50 à 64 ans (annexe 1).

Sexe ou genre

La prévalence de la pauvreté au travail était la même chez les hommes et les femmes au Canada, soit 7,6 % (IC à 95 % : 7,3–7,9 %).

Peuples autochtones

La prévalence de la pauvreté au travail atteignait 15,8 % (IC à 95 % : 13,8–17,7 %) chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, soit 2,1 (IC à 95 % : 1,9–2,4) fois la prévalence chez les non-Autochtones (7,4 %; IC à 95 % : 7,1–7,6 %). Comparativement aux non-Autochtones, il y avait 8,4 % (IC à 95 % : 6,6–10,2) plus de travailleurs à faible revenu dans la population des Premières Nations (figure 1).

S'il y avait la même proportion de travailleurs à faible revenu chez les membres des Premières Nations que chez les non-Autochtones, il y aurait une réduction de 53,2 % (IC à 95 % : 48,1–58,3 %) de la prévalence de la pauvreté au travail chez les membres des Premières Nations. Cette réduction entraînerait une baisse de 2,1 % de la proportion de travailleurs à faible revenu dans la population totale (IC à 95 % : 1,8–2,4 %), soit 15 254 (IC à 95 % : 12 888–17 620) travailleurs à faible revenu en moins au Canada.

La prévalence de la pauvreté au travail chez les Métis (9,3 %; IC à 95 % : 7,3–11,4 %) n'était pas significativement différente de la prévalence chez les non-Autochtones (figure 1).

Origine culturelle ou raciale

En 2011, la prévalence de la pauvreté au travail chez les Canadiens noirs était de 14,8 % (IC à 95 % : 13,2–16,4 %), ce qui équivalait à 2,2 (IC à 95 % : 2,0–2,5) fois la prévalence chez les Canadiens blancs (figure 2).

Si la pauvreté au travail touchait également les Canadiens noirs et blancs, il y aurait 8,1 (IC à 95 % : 6,6–9,7) travailleurs à faible revenu en moins pour 100 Canadiens noirs. Il s'agirait d'une réduction de 55,0 % (IC à 95 % : 50,1–59,9 %) de la prévalence de la pauvreté au travail chez les Canadiens noirs. Cette réduction se traduirait par une baisse de 2,1 % (IC à 95 % : 1,7–2,4 %) de la prévalence dans la population totale et 15 085 (IC à 95 % : 12 869–17 300) travailleurs à faible revenu en moins.

Des inégalités relatives plus modestes ont été observées pour d'autres groupes culturels ou raciaux. En comparaison des Canadiens blancs, la prévalence de la pauvreté au travail était 1,5 fois plus élevée chez les Canadiens asiatiques de l'Est et du Sud-Est (1,5; IC à 95 % : 1,2–1,8) et les Canadiens arabes et, asiatiques du Sud et de l'Ouest (1,5; IC à 95 % : 1,3–1,7). Les inégalités étaient plus marquées entre les hommes et les femmes arabes et, asiatiques du Sud et de l'Ouest et entre les hommes et les femmes asiatiques de l'Est et du Sud-Est. En effet, la prévalence de la pauvreté au travail était considérablement plus élevée chez les hommes arabes et, asiatiques du Sud et de l'Ouest (11,6 %; IC à 95 % : 9,6–13,7 %) et les hommes asiatiques de l'Est et du Sud-Est (12,1 %; IC à 95 % : 11,2–13,0 %) que chez les femmes de même origine culturelle ou raciale (7,2 %; IC à 95 % : 6,3–8,0 % et 7,6 %; IC à 95 % : 6,3–8,8 %, respectivement) (figure 2).

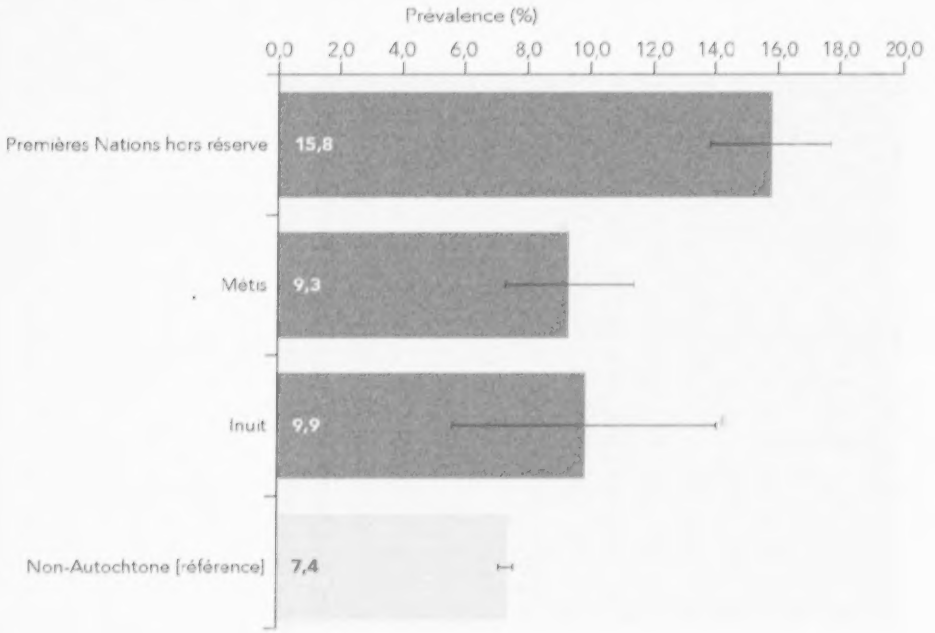
Statut d'immigrant

À 13,6 % (IC à 95 % : 12,8–14,4 %), la prévalence de la pauvreté au travail chez les adultes immigrants récents (≤ 10 ans au Canada) représentait 2,0 (IC à 95 % : 1,8–2,1) fois la prévalence chez les adultes non immigrants. De même, à 10,2 % (IC à 95 % : 8,9–11,6 %), la prévalence de la pauvreté au travail chez les adultes immigrants de longue date (> 10 ans au Canada) était de 1,5 (IC à 95 % : 1,2–1,7) fois la prévalence chez les adultes non immigrants (figure 3).

Si la prévalence de la pauvreté au travail chez les adultes immigrants était la même que chez les adultes non immigrants, il y aurait 6,8 travailleurs à faible revenu en moins pour 100 immigrants récents. De même, il y aurait 3,4 travailleurs à faible revenu en moins pour 100 immigrants de longue date.

FIGURE 1

Travailleurs à faible revenu selon l'identité autochtone, Canada, âges 18–64 ans, 2011

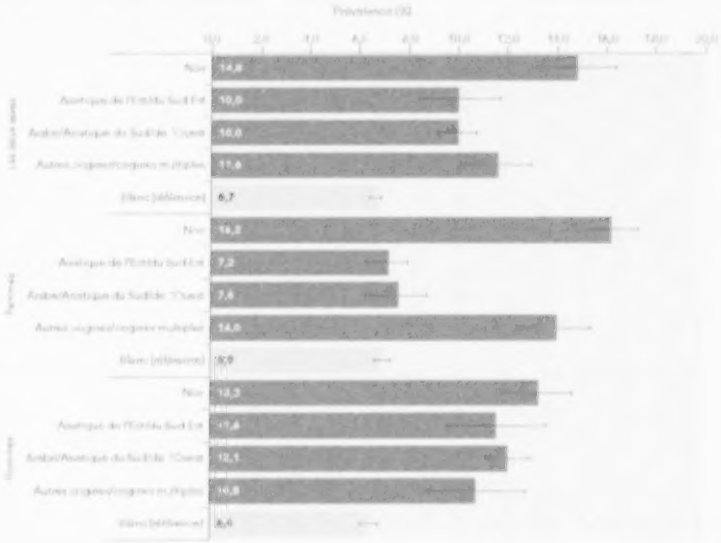


	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%))	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Premières Nations hors réserve	2,1*	8,4*	53,2*	2,1*	0,1*	15 254*
Métis	1,3	2,0	21,0*	0,4*	0,0*	2 623*
Inuit	1,3[E]	2,5[E]	25,2[E]	0,0[E]	0,0[E]	179[E]
Non-Autochtone [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

E : À interpréter avec prudence
* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

FIGURE 2

Travailleurs à faible revenu selon l'origine culturelle ou raciale et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–64 ans, 2011



LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Noir	2,2*	8,1*	55,0*	2,1*	0,1*	15 085*
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	1,5*	3,4*	33,6*	2,8*	0,2*	20 403*
Arabe/Asiatique du Sud/de l'Ouest	1,5*	3,4*	33,6*	2,8*	0,2*	20 692*
Autres origines/origines multiples	1,7*	4,9*	42,5*	1,8*	0,1*	13 311*
Blanc [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Noir	2,3*	9,2*	57,1*	2,3*	0,1*	8 291*
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	1,0	0,2	3,2	0,3	0,0	951
Arabe/Asiatique du Sud/de l'Ouest	1,1	0,6	8,4	0,5	0,0	1 691
Autres origines/origines multiples	2,0*	7,1*	50,4*	2,1*	0,1*	7 813*
Blanc [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Noir	2,1*	6,9*	51,7*	1,8*	0,1*	6 670*
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	1,8*	5,2*	44,9*	3,8*	0,2*	13 810*
Arab/South/West Asian	1,9*	5,7*	47,1*	5,3*	0,3*	19 506*
Autres origines/origines multiples	1,7*	4,4*	40,8*	1,8*	0,1*	6 458*
Blanc [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Si la prévalence de la pauvreté au travail chez les immigrants récents était la même que chez les non-immigrants, il y aurait une réduction de 49,7 % (IC à 95 % : 45,8–53,7 %) de la prévalence chez les immigrants récents. En conséquence, la prévalence de la pauvreté au travail diminuerait de 6,0 % (IC à 95 % : 5,5–6,5 %) dans la population totale, soit 43 523 (IC à 95 % : 39 983–47 063) travailleurs à faible revenu en moins au Canada. De plus, si la prévalence de la pauvreté au travail chez les immigrants de longue date était la même que chez les non-immigrants, la prévalence chez les immigrants de longue date serait réduite de 33,1 % (IC à 95 % : 19,6–46,6 %). Cette réduction correspondrait à une baisse de 5,0 % (IC à 95 % : 2,8–7,2 %) de la prévalence globale de la pauvreté au travail. Il y aurait alors 36 482 (IC à 95 % : 20 563–52 400) travailleurs à faible revenu en moins au Canada.

Chez les immigrants récents et de longue date, la pauvreté au travail était plus fréquente chez les hommes : la prévalence se situait à 15,7 % (IC à 95 % : 14,3–17,0 %) pour les immigrants récents et à 12,2 % (IC à 95 % : 11,2–13,3 %) pour les immigrants de longue date. Chez les femmes, la prévalence était de 10,8 % (IC à 95 % : 9,8–11,9 %) pour les immigrantes récents et de 8,8 % (IC à 95 % : 7,4–10,2 %) pour les immigrantes de longue date (figure 3).

Niveau de scolarité (20 ans et plus)

On a observé un gradient inverse manifeste entre l'éducation et la prévalence de la pauvreté au travail, la prévalence diminuant avec l'augmentation du niveau de scolarité. Chez les adultes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, la prévalence était de 11,3 % (IC à 95 % : 10,8–11,7). Il s'agissait de 2,5 (IC à 95 % : 2,4–2,7) fois la prévalence chez les adultes ayant une formation universitaire. On compte ainsi 6,8 travailleurs à faible revenu de plus pour 100 adultes sans diplôme d'études secondaires, en comparaison du même nombre d'adultes ayant fait des études universitaires. Si la prévalence de la pauvreté au travail était la même chez les adultes sans diplôme d'études secondaires et les adultes ayant fait des études universitaires, il y aurait une diminution de 60,2 % (IC à 95 % : 57,7–62,6 %) de cette prévalence chez les adultes sans diplôme d'études secondaires. Cela se traduirait par une réduction de 11,0 % (IC à 95 % : 10,4–11,6 %) de la prévalence globale au Canada, soit 80 022 (IC à 95 % : 74 573–85 471) travailleurs à faible revenu en moins au Canada (figure 4).

Le gradient de l'inégalité était plus prononcé chez les femmes lorsqu'elles étaient stratifiées par niveau de scolarité. La prévalence de la pauvreté au travail chez les femmes sans diplôme d'études secondaires était de 3,1 (IC à 95 % : 2,7–3,5) fois la prévalence chez les femmes ayant fait des études universitaires. Chez les hommes, le ratio de prévalence correspondant était de 2,1 (IC à 95 % : 1,9–2,4) (figure 4).

Situation d'emploi

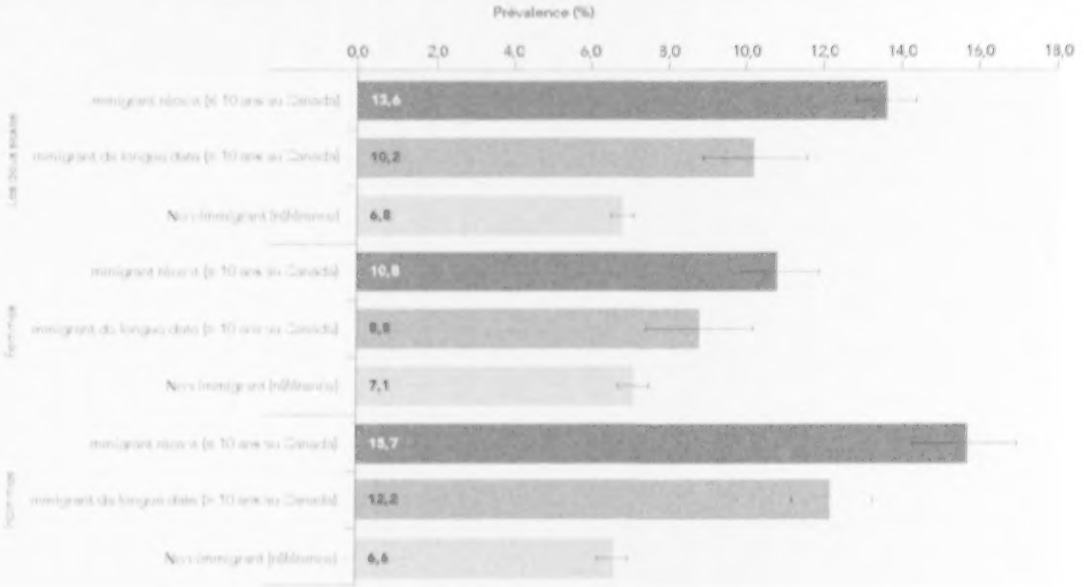
La prévalence de la pauvreté au travail parmi ceux qui ont déclaré ne pas avoir d'emploi la semaine précédente et qui n'avaient *pas* cherché de travail au cours des quatre dernières semaines était de 11,6 % (IC à 95 % : 10,9–12,4 %). Parmi ceux qui n'avaient pas d'emploi la semaine précédente, mais qui avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines, la prévalence de la pauvreté au travail atteignait 16,3 % (IC à 95 % : 14,8–17,7 %). En comparaison, la prévalence parmi les personnes qui avaient un emploi était de 6,8 % (IC à 95 % : 6,6–7,1 %) (figure 5).

La prévalence de la pauvreté au travail chez les Canadiens sans emploi, mais à la recherche de travail était de 2,4 (IC à 95 % : 2,2–2,6) fois la prévalence chez ceux qui avaient un emploi.

Si la prévalence de la pauvreté au travail était la même chez les Canadiens sans emploi qui cherchaient du travail et les Canadiens ayant un emploi, il y aurait 9,5 (IC à 95 % : 8,0–10,9) travailleurs à faible revenu en moins pour 100 Canadiens sans emploi qui cherchaient du travail. Cela se traduirait par une réduction de 58,1 % (IC à 95 % : 53,9–62,2 %) de la proportion de travailleurs à faible revenu chez les Canadiens sans emploi à la recherche de travail. On observerait alors une réduction de 4,0 % (IC à 95 % : 3,4–4,6 %) de la prévalence globale de la pauvreté au travail au Canada et 28 999 (IC à 95 % : 24 556–33 441) travailleurs à faible revenu en moins.

FIGURE 3

Travailleurs à faible revenu selon le statut d'immigrant et le sexe ou le genre, Canada, âges 18–64 ans, 2011

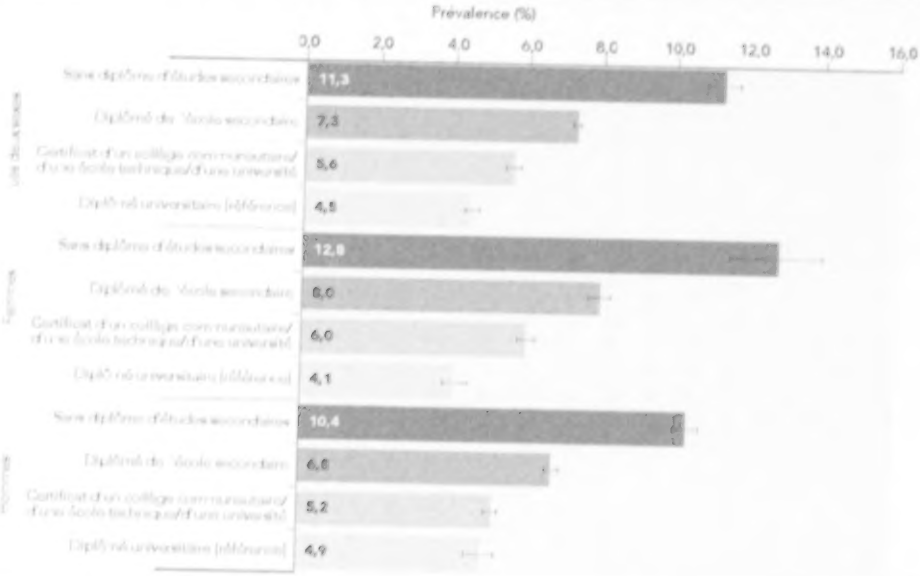


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	2,0*	6,8*	49,7*	6,0*	0,3*	43 523*
Immigrant de longue date (>10 ans au Canada)	1,5*	3,4*	33,1*	5,0*	0,3*	36 482*
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	1,5*	3,7*	34,3*	3,4*	0,2*	12 538*
Immigrant de longue date (>10 ans au Canada)	1,2	1,7*	19,6	2,1	0,2	9 829
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Immigrant récent (≤10 ans au Canada)	2,4*	9,1*	57,9*	8,1*	0,5*	29 560*
Immigrant de longue date (>10 ans au Canada)	1,9*	5,6*	46,2*	7,6*	0,4*	27 685*
Non-immigrant [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

FIGURE 4

Travailleurs à faible revenu selon le niveau de scolarité et le sexe ou le genre, Canada, âges 20–64 ans, 2011

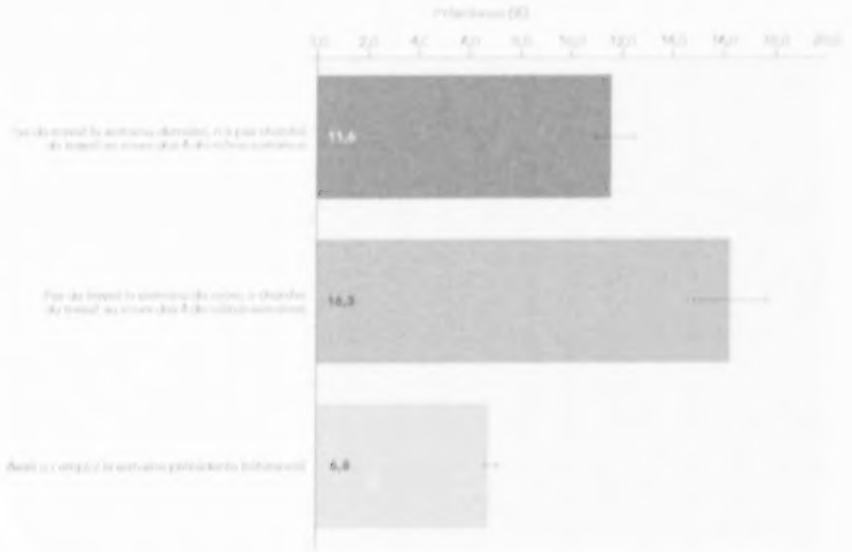


LES DEUX SEXES	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	FRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Sans diplôme d'études secondaires	2,5*	6,8*	60,2*	11,0*	0,6*	80 022*
Diplôme de l'école secondaire	1,6*	2,8*	38,4*	10,3*	0,6*	75 440*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,2*	1,1*	19,7*	7,0*	0,4*	51 305*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
FEMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	3,1*	8,6*	67,7*	10,9*	0,6*	39 501*
Diplôme de l'école secondaire	1,9*	3,9*	48,4*	13,5*	0,8*	48 993*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,5*	1,9*	31,6*	12,1*	0,7*	43 896*
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
HOMMES						
Sans diplôme d'études secondaires	2,1*	5,5*	52,8*	10,8*	0,6*	39 408*
Diplôme de l'école secondaire	1,4*	1,9*	27,5*	7,2*	0,4*	26 209*
Certificat d'un collège communautaire/d'une école technique/d'une université	1,1	0,3	5,3	1,8	0,1	6 408
Diplômé universitaire [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* : Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

FIGURE 5

Travailleurs à faible revenu selon la situation d'emploi, Canada, âges 18–64 ans, 2011



	RATIO DE PRÉVALENCE (RP)	DIFFÉRENCE DE PRÉVALENCE (DP) POUR 100	AFRACTION ATTRIBUABLE (FA%)	FRACTION ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (FAP%)	TAUX ATTRIBUABLE DANS LA POPULATION (TAP) POUR 100	NOMBRE DE PERSONNES À RISQUE DANS LA POPULATION (NPRP)
Pas de travail la semaine dernière, n'a pas cherché de travail au cours des 4 dernières semaines	1,7*	4,8*	41,4*	0,7*	0,0*	5 119*
Pas de travail la semaine dernière, a cherché du travail au cours des 4 dernières semaines	2,4*	9,5*	58,1*	4,0*	0,2*	28 999*
Avait un emploi la semaine précédente [référence]	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

* Significativement différent de la catégorie de référence
La standardisation selon l'âge a été effectuée d'après le Recensement de la population de 2011.
Source : Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Résidence en milieu urbain ou rural

Chez les personnes vivant dans les plus grandes villes du Canada (Toronto, Montréal et Vancouver[56]) et dans les grands centres urbains autres que Montréal, Toronto et Vancouver, la prévalence de la pauvreté au travail était respectivement de 1,1 (IC à 95 % : 1,0–1,2) et de 0,8 (IC à 95 % : 0,7–0,8) fois celle des Canadiens vivant ailleurs au pays.

Si la prévalence de la pauvreté au travail chez les résidents des plus grandes villes du Canada était égale à la prévalence à l'extérieure des grands centres métropolitains et urbains, la prévalence de la pauvreté au travail diminuerait de 11,8 % dans les trois plus grandes villes. (Voir l'information sur la taille de l'échantillon global et des échantillons de populations précises, ainsi que l'ensemble des résultats relatifs aux inégalités en santé.)

LACUNES ET LIMITES DES DONNÉES

L'ENM exclut certaines sous-populations qui pourraient être les plus touchées par la pauvreté au travail. C'est le cas des personnes vivant dans des logements collectifs ou des institutions, ainsi que des travailleurs migrants. Ces exclusions peuvent conduire à une sous-estimation des inégalités observées dans la répartition de la pauvreté au travail. De plus, étant donné que l'ENM est une enquête à participation volontaire qui se fonde sur les réponses des participants, la prévalence de la pauvreté au travail au Canada pourrait être sous-estimée (6).

Le choix de l'indicateur des travailleurs à faible revenu pourrait influer sur l'ampleur des inégalités signalées et, potentiellement, sur leurs caractéristiques générales. L'une des difficultés tient au fait qu'il n'existe pas d'indicateur standardisé pour mesurer la pauvreté chez les personnes et les familles ayant un revenu de travail au Canada. Les définitions comprennent souvent le nombre d'heures travaillées au cours d'une période donnée, plutôt que la situation d'emploi actuelle. Last (7) définit les travailleurs à faible revenu comme les personnes qui travaillent pour de bas salaires, souvent dans des conditions de travail précaires, dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté fixé officiellement, et qui ont besoin d'une assistance telle qu'un logement subventionné ou une aide alimentaire. Ces personnes peuvent également dépendre des soutiens communautaires ou familiaux, ce qui exerce une pression sur leurs filets de protection sociale. La définition utilisée dans le présent rapport (une personne qui vit de manière autonome, qui n'est pas un étudiant, qui a entre 18 et 64 ans et qui gagne au moins 3000 $ par année, mais dont le revenu familial après impôt est inférieur au seuil de faible revenu) pourrait ne pas rendre compte du niveau de vie d'une personne en tant que mesure relative des changements de faible revenu par rapport aux revenus médians.

L'indicateur de la pauvreté au travail a un lien inhérent avec les inégalités selon la situation d'emploi. Même s'il est possible que les Canadiens qui ont travaillé brièvement au cours de la dernière année et qui ne cherchent plus de travail représentent de façon trompeuse la population des travailleurs à faible revenu, cet indicateur peut également englober ceux qui ont perdu leur emploi au cours de la dernière année et qui sont à la recherche d'un nouvel emploi. Ce groupe est un exemple de personnes qui occupent des emplois précaires ou instables.

De plus, au Canada, la structure familiale est un déterminant majeur de la pauvreté au travail. Par exemple, en 2001, 28 % des travailleurs à faible revenu étaient des personnes seules, comparativement à 14 % des travailleurs qui n'avaient pas un faible revenu. En outre, 35 % des travailleurs à faible revenu vivaient dans un ménage comptant deux adultes et trois enfants ou plus, contre seulement 11 % de leurs homologues qui n'avaient pas un faible revenu. L'impossibilité de stratifier les taux de pauvreté au travail selon la structure familiale constituait donc une limitation majeure de la présente analyse (1). De plus, les données sur les travailleurs à faible revenu n'ont pas été stratifiées pour tenir compte des autres sous-populations que l'on sait vulnérables, notamment en fonction de l'orientation sexuelle, de l'incapacité et de la profession.

56. Pour les définitions des sous-groupes en milieu urbain/rural, consultez le chapitre Méthodologie.

Même si la signification statistique des différences observées sur le plan de la santé peut être supposée par la comparaison des intervalles de confiance à 95 % (5), le calcul des valeurs *p* confirmerait l'existence de différences statistiquement significatives.

Les données présentées sont de nature transversale et visent à illustrer l'ampleur et l'impact des inégalités en matière de pauvreté au travail dans différents groupes socialement stratifiés, à un moment précis. Comme les mesures utilisées pour quantifier les inégalités présentes dans les groupes sociaux sont définies en fonction de catégories générales, les résultats ne rendent pas compte de la nature hétérogène de certains groupes, comme les immigrants. Les taux peuvent être surestimés ou sous-estimés chez certains groupes en raison de ces grandes catégories (8). Le regroupement selon l'origine culturelle ou raciale peut également conduire à une surestimation ou à une sous-estimation des taux, en raison de l'inclusion de groupes hétérogènes dans une même catégorie sociale (9).

DISCUSSION

Les travailleurs à faible revenu accomplissent un travail considérable, mais ils éprouvent néanmoins souvent des difficultés à joindre les deux bouts. Le taux de pauvreté au travail au Canada était supérieur à la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques en 1994, les taux ayant baissé de 8,2 % à 7,6 % en 2011, alors que le taux relatif moyen dans 24 pays se situait à 5,7 %. Le Canada a affiché l'un des taux les plus élevés au cours de cette période, les seuls pays ayant enregistré des taux supérieurs étant les États-Unis (12,1 %), l'Italie (9,7 %) et la Suède (8,5 %) (10).

D'autres études ont également montré que les travailleurs à faible revenu sont surreprésentés chez les jeunes et sous-représentés chez les personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population en âge de travailler au Canada (11). Proportionnellement, les moins de 35 ans sont plus de deux fois plus nombreux parmi les travailleurs canadiens à faible revenu (2,12,13).

L'une des plus grandes inégalités relatives dans la prévalence de la pauvreté au travail a été observée en fonction du niveau de scolarité. Cette constatation est cohérente avec les recherches antérieures, qui indiquent un niveau de scolarité plus faible chez les travailleurs à faible revenu par rapport aux autres travailleurs. Par exemple, Fleury et Fortin (1) ont montré qu'en 2001, près de 20 % des travailleurs canadiens à faible revenu n'avaient pas de diplôme d'études secondaires, contre moins de 12 % des autres travailleurs canadiens.

Des inégalités marquées ont également été observées entre les adultes sans emploi, qu'ils aient ou non cherché activement un emploi la semaine précédente, et ceux qui avaient un emploi. Cependant, la prévalence de la pauvreté au travail chez ceux qui avaient un emploi, bien que significativement inférieure à la prévalence globale, demeurait plus grande que dans d'autres sous-groupes de la population, tels que les personnes ayant un diplôme universitaire ou collégial. Un emploi stable et sûr peut procurer une sécurité financière, un statut social et un développement personnel; l'emploi précaire peut avoir un effet négatif sur la santé en tant que déterminant social (14). Il peut s'agir de l'incapacité d'avoir un mode de vie sain (en ayant, par exemple, un logement convenable ou l'accès à des aliments sains et nutritifs), ou encore des effets psychologiques négatifs des situations de travail précaires sur la santé mentale (14). Au Canada, une augmentation du travail précaire, sous la forme d'emplois temporaires et à temps partiel, a engendré un sentiment général d'insécurité en raison de salaires plus bas, d'un travail excessif ou d'un manque de contrôle sur le travail (15). Une tendance mondiale à la flexibilité accrue de l'emploi a mené à une plus grande insécurité d'emploi chez de nombreuses personnes : au Canada, en 2003, moins des deux tiers des Canadiens avaient un emploi permanent à temps plein (16,17). La précarité de l'emploi peut nuire à la santé des travailleurs et de leur famille; elle peut aussi avoir des répercussions sur les communautés, en ayant une incidence sur la santé mentale des personnes ou en les empêchant de s'offrir des services de santé (17).

Les peuples autochtones et les immigrants récents sont les populations où la pauvreté persistante est la plus répandue au Canada (18). La présente analyse a révélé que le taux de pauvreté était deux fois plus élevé chez les adultes des Premières Nations que chez les non-Autochtones. Bien qu'il n'existe pas de données publiées sur les taux de pauvreté au travail chez les membres des Premières Nations au Canada, des recherches antérieures ont montré que, comparativement au reste des travailleurs, le groupe des travailleurs à faible revenu comprenait deux fois plus d'Autochtones vivant hors réserve (1,19). De plus, les conditions de travail et les possibilités limitées d'emploi et de travail pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord sont influencées par divers facteurs contemporains et historiques, notamment le niveau de scolarité, les occasions d'affaires, les conditions des infrastructures, l'éloignement, l'accès à la formation et les répercussions intergénérationnelles des pensionnats (20,21). Les Canadiens nés à l'étranger, en particulier les immigrants récents, occupent plus souvent des emplois précaires que les personnes nées au Canada (22). Selon Fleury (23), les taux de pauvreté au travail sont près de deux fois plus élevés chez les nouveaux immigrants que chez les Canadiens non immigrants, ce qui laisse supposer l'existence de difficultés liées à l'intégration au marché du travail canadien et à l'obtention d'un emploi stable. Nos constatations selon lesquelles les immigrants de longue date avaient des taux de pauvreté au travail plus élevés que ceux des Canadiens non immigrants concordent avec les données de recherche, qui montrent que les immigrants de longue date continuent d'éprouver des difficultés à s'intégrer au marché du travail (23). D'autres recherches ont montré que la citoyenneté est un facteur important d'atténuation et de protection contre l'emploi précaire, tant pour les immigrants récents que pour les immigrants de longue date (22).

Des inégalités entre les groupes culturels et raciaux étaient également apparentes, avec une prévalence plus élevée de la pauvreté au travail chez les Canadiens blancs, asiatiques de l'Est et du Sud-Est, et arabes et asiatiques du Sud et de l'Ouest par rapport aux Canadiens blancs. Bien qu'aucune étude canadienne n'ait été publiée sur la prévalence de la pauvreté au travail chez les minorités visibles, des recherches menées aux États-Unis montrent que certains groupes de minorités visibles, comme les Américains noirs et hispaniques, étaient surreprésentés chez les travailleurs à faible revenu comparativement aux Américains blancs. En 2014, selon le Bureau de recensement des États-Unis, la prévalence de la pauvreté au travail chez les Noirs et les Hispaniques était de 11,7 %, contre seulement 5,5 % pour les Blancs et 4,3 % pour les Asiatiques (24). De plus, les inégalités étaient plus marquées chez les hommes asiatiques de l'Est et du Sud-Est ou arabes ou asiatiques du Sud et de l'Ouest que chez les femmes des mêmes groupes de population.

Parmi les travailleurs canadiens, nombreux sont ceux qui peinent à subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille, ce qui accroît le risque de maladies chroniques et d'une mauvaise santé mentale (25). Différents facteurs de stratification socioéconomique et sociodémographique révèlent une répartition inégale des travailleurs à faible revenu, y compris la situation d'emploi, l'origine ethnique et l'identité autochtone. On observe également un gradient socioéconomique évident chez les travailleurs à faible revenu, les taux augmentant à mesure que les niveaux de scolarité des ménages diminuent. Les inégalités observées chez les groupes de population sont fortement influencées par les environnements sociaux, économiques et physiques, notamment les conditions de travail sécuritaires, la sécurité d'emploi et le filet de sécurité sociale, y compris les régimes de pension et les avantages sociaux. Des recherches et des interventions stratégiques à l'égard des déterminants en amont de la pauvreté au travail sont nécessaires pour influencer l'environnement général, y compris le statut socioéconomique, les conditions de travail et les structures familiales (1). La mesure systématique et continue des inégalités relatives aux travailleurs à faible revenu, dans toutes les catégories sociodémographiques et socioéconomiques, est un élément essentiel pour renforcer les interventions, éclairer les programmes, les politiques et la recherche, et décrire l'évolution des inégalités en santé au fil du temps.

Annexe 1. Inégalités absolues et relatives, et mesures de l'impact sur la population pour les travailleurs à faible revenu. Source des données: ENM 2011

Références

(1) Fleury D et Fortin M. Lorsque travailler ne permet pas d'échapper à la pauvreté : une analyse des travailleurs pauvres au Canada. Ottawa, Ressources humaines et Développment social Canada; 2006.

(2) Fleury Dominique et Fortin Myriam. [Internet]. Ottawa, Développement social Canada; Résumés de recherche - Les travailleurs à faible revenu au Canada [mise à jour n.d. 29 septembre 2017; page consultée le 21 novembre 2017]; [environ 13 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www.horizons.gc.ca/fr/contenu/r%C3%A9sum%C3%A9s-de-recherche-les-travailleurs-faible-revenu-au-canada.

(3) Fleury Dominique et Fortin Myriam. [Internet]. Ottawa, Développement social Canada; Résumés de recherche - Les travailleurs à faible revenu au Canada, 2016. Accessible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/reduction-pauvrete/document-information.html.

(4) Statistique Canada. [Internet]. Ottawa, Statistique Canada; Enquête nationale auprès des ménages (ENM) [mise à jour le 5 octobre 2011; page consultée le 21 novembre 2017]; [environ 11 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5178.

(5) du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2009 May;106(19):335-9.

(6) Statistique Canada. [Internet]. Statistique Canada; Guide de l'utilisation de l'ENM : Enquête nationale auprès des ménages, 2011 [page consultée le 21 novembre 2017]; [environ 23 écrans]. Accessible à l'adresse : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/nhs-enm_guide/99-001-x2011001-fra.pdf.

(7) Last JM. A dictionary of public health. New York: Oxford University Press, Inc.; 2007.

(8) Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé. Printemps 1996; 7 n° 82-003(4) au catalogue : 37-50.

(9) Edwards C, Fillingim R, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain. 2001 Nov;94(2):133-7.

(10) Estimates of relative and absolute poverty rates for the working population in developed countries. CSLS Session 'International Perspectives on Poverty and Health' at the annual meeting of the Canadian Economics Association, Montreal, McGill University; 2001.

(11) Stapleton J, Kay J. The working poor in the Toronto region: Mapping working poverty in Canada's richest city. Toronto: Metcalf Foundation; 2015.

(12) Stapleton J, Murphy B, Xing Y. The working poor in the Toronto region. Toronto, Metcalf Foundation. 2012.

(13) Conseil de planification sociale d'Ottawa. Les travailleurs à faible revenus d'Ottawa. Ottawa : 2005 [page consultée le 21 novembre 2017].

(14) Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The lancet. 2008;372(9650):1661-9.

(15) Cranford CJ, Vosko LF, Zukewich N. Precarious employment in the Canadian labour market: A statistical portrait. Just labour. 2003;3.

(16) Vosko LF. Precarious employment: Understanding labour market insecurity in Canada. : McGill-Queen's Press-MQUP; 2006.

(17) Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment : understanding an emerging social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2014;35.

(18) Hatfield Michael. [Internet]. Projet de recherche sur les politiques; 2004. Groupes à risque de persistance d'un faible revenu [mise à jour en 2004] Accessible à l'adresse : http://www.horizons.gc.ca/fr/contenu/article-vedette-groupes-%C3%A0-risque-de-persistance-d%E2%80%99un-faible-revenu

(19) Fleury D. Performance économique des Autochtones hors réserve au Canada : une étude sur les groupes à risque d'exclusion sociale. Développement des ressources humaines Canada. 2002 Direction générale de la recherche appliquée- Série des documents de travail W-02-1F.

(20) Services aux Autochtones Canada. Créer les conditions qui favorisent la réussite économique sur les terres de réserve : rapport sur les expériences vécues par 25 communautés des Premières Nations. Gouvernement du Canada; 2013.

(21) Conseil national de développement économique des Autochtones. Rapport d'étape sur l'évolution de l'économie des Autochtones. Québec: 2015.

(22) Goldring L, Joly P. Immigration, citizenship and racialization at work: Unpacking employment precarity in southwestern Ontario. Just Labour. 2014;22.

(23) Fleury D. Étude de la pauvreté et de la pauvreté au travail chez les immigrants récents au Canada. Ressources humaines et Développement social Canada; 2007 [page consultée le 10 novembre 2017].

(24) U.S. Bureau of Labor Statistics. A profile of the working poor, 2014. 2016 BLS Report 1060.

(25) Wilson B. Sick and tired: The compromised health of social assistance recipients and the working poor in Ontario. Toronto: Community Social Planning Council of Toronto, University of Toronto's Social Assistance in the New Economy Project, the Wellesley Institute; 2009 [page consultée le 21 novembre 2017].

LES PRINCIPALES INÉGALITÉS EN SANTÉ AU CANADA : **DISCUSSION ET IMPLICATIONS**

ACRONYME	NOM COMPLET
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale

La population du Canada compte parmi les plus en santé du monde. Cependant, comme le montre le présent rapport, les Canadiens ne bénéficient pas tous également d'une bonne santé. Certaines des inégalités observées rejoignent ce que d'autres recherches ont montré au sujet des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé, tandis que d'autres inégalités restent à analyser plus en profondeur.

Aucun rapport canadien antérieur n'avait exposé de manière systématique l'importance des inégalités en santé en fonction d'un vaste éventail de populations et d'indicateurs. Ainsi, le présent rapport constitue une référence pour les démarches à venir. Il s'agit d'une première étape importante dans la poursuite de l'équité en santé. Tel qu'il est mentionné dans l'introduction du rapport, les constats de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé peuvent éclairer, appuyer et renforcer la mise en œuvre de recherches, de programmes, de politiques et de plans pour réduire les iniquités en santé au Canada. Ces constats peuvent aider à trouver des réponses à trois types de questions :

(1) Pour un problème de santé ou un déterminant de la santé donné, dans quelles populations les plus grandes inégalités se retrouvent-elles?

(2) Quels sont les déterminants de la santé ou les problèmes de santé associés aux inégalités les plus importantes dans un groupe précis de la population?

(3) Comment les services, les programmes et la recherche concernant la santé publique et la santé de la population peuvent-ils le mieux s'attaquer aux inégalités en santé et faciliter l'intégration de l'équité en santé? Par exemple :

- en améliorant les décisions en matière de politiques, programmes et planification;
- en privilégiant les investissements dans la science, la recherche interventionnelle et la surveillance;
- en appuyant l'évaluation des programmes, notamment la pertinence et l'efficacité auprès des populations vulnérables;
- en rendant possible le suivi des progrès accomplis dans la réduction des inégalités.

Principaux constats : une perspective à l'échelle de la population

Le présent rapport décrit des inégalités marquées dans les issues de santé et les déterminants de la santé au sein des groupes défavorisés au plan social, notamment les peuples autochtones, les minorités raciales et sexuelles, les immigrants et les personnes ayant des limitations fonctionnelles. Un gradient des inégalités en fonction des niveaux de revenu, de scolarité et d'emploi a été observé. Certaines populations, notamment les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, ont invariablement obtenu des résultats moins favorables en ce qui concerne les conditions de vie, les issues de santé et les déterminants structurels. D'autres groupes ont affiché des issues variables dans ces domaines. Par exemple, la consommation abusive d'alcool était plus répandue parmi les Blancs que dans les autres groupes raciaux ou culturels. Elle était aussi plus fréquente chez les personnes ayant un revenu élevé que chez celles ayant un faible revenu (mais pas chez les personnes ayant le niveau de scolarité le plus élevé, par rapport à celles ayant le niveau de scolaire le plus faible). Les immigrants présentaient des risques moindres pour de nombreuses issues et de nombreux comportements liés à la santé, mais des exceptions importantes doivent être signalées : la tuberculose, la vulnérabilité sur le plan du développement de la petite enfance et le diabète.

Les hommes (et les garçons dans le cas de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance [IMDPE]) ont affiché de moins bonnes issues que les femmes (et les filles dans le cas de l'IMDPE) pour la plupart des indicateurs des comportements liés à la santé et des issues de santé (exception faite de l'asthme, de l'arthrite, de la mauvaise santé mentale et de la mauvaise santé buccodentaire). Les femmes affichaient des résultats moins favorables que ceux des hommes en ce qui a trait aux indicateurs des déterminants structurels de la santé. Ces observations peuvent tenir au fait que, parallèlement aux relations structurées selon le genre qui favorisent les hommes au détriment des femmes (p. ex. sur le plan du revenu, de l'emploi et de la profession), des normes et des stéréotypes peuvent dans certains cas désavantager les hommes (p. ex., les hommes sont plus susceptibles d'avoir une surcharge de travail, ce qui a à la fois des effets positifs sur le revenu et des effets négatifs sur la santé) (1).

En comparaison avec les non-Autochtones, la population des Premières Nations, des Inuits et des Métis présente des inégalités pour la plupart des indicateurs relatifs aux issues de santé et aux déterminants de la santé. Ces inégalités sont le reflet d'une histoire marquée par la colonisation, l'assimilation forcée et le bouleversement des relations avec les terres traditionnelles. Ces conditions historiques sont à l'origine d'une augmentation de la pauvreté, de la précarité et du sous-emploi; d'obstacles au développement économique et social; et d'une discrimination au chapitre du logement, de l'éducation et des soins de santé (2,3). Il importe par ailleurs de signaler que l'utilisation de grandes sous-catégories de population (p. ex. les « membres des Premières Nations vivant hors réserve », les « Inuits » et les « Métis ») risque de dissimuler la forte hétérogénéité qui existe au sein des populations autochtones. De même, dans le présent rapport, l'utilisation d'indicateurs basés sur les déficits ne reflète pas les facteurs de protection et les forces qui sont aussi présents dans les collectivités.

Chez les immigrants, les résultats relatifs aux indicateurs des comportements liés à la santé et des issues de santé sont, de façon générale, plus positifs que pour les non-immigrants. En outre, les nouveaux immigrants ont de meilleurs résultats que les immigrants de longue date. Cette situation découle de l'effet de « l'immigrant en santé » : comme les personnes ayant des problèmes de santé sont souvent inadmissibles à l'immigration au Canada, les immigrants récents sont généralement en meilleure santé que les Canadiens de naissance. Cet effet tend à diminuer au fil du temps. Il existe cependant des exceptions notables, soit le diabète (chez les immigrants de longue date seulement), le développement de la petite enfance et la tuberculose (le risque varie en fonction du pays

d'origine). En règle générale, les immigrants étaient désavantagés par rapport aux non-immigrants en ce qui concerne les facteurs structurels. Par exemple, les immigrants avaient une probabilité bien plus grande d'être des travailleurs à faible revenu, et ils affichaient des taux supérieurs d'insécurité alimentaire et de besoins impérieux en matière de logement. Compte tenu de la relation entre, d'une part, les déterminants structurels « en amont » (distaux) de la santé – la manière dont notre société est organisée – et, d'autre part, les issues de santé et les comportements liés à la santé en « aval » (proximaux), tout porte à croire qu'en l'absence d'amélioration, ces désavantages structurels nuiront plus tard à la population immigrante.

Les résultats concernant les populations stratifiées selon l'origine culturelle ou raciale étaient variables. De façon générale, les minorités culturelles et racialisées avaient de meilleurs résultats que les Canadiens blancs pour les indicateurs des comportements liés à la santé et des issues de santé. Notamment, ils affichaient la plus forte prévalence d'obésité parmi tous les groupes raciaux ou culturels. (La prévalence de l'obésité était particulièrement faible chez les Asiatiques de l'Est/du Sud-Est et les Asiatiques du Sud). Parmi les exceptions figurent le diabète, qui était plus fréquent dans les populations noire, asiatique du Sud et arabe/asiatique de l'Ouest que chez les Canadiens blancs, et l'incapacité à mâcher, qui touchait davantage la population asiatique de l'Est et asiatique du Sud que les Canadiens blancs. Cependant, les minorités raciales et culturelles ont généralement obtenu des résultats inférieurs à ceux des Canadiens blancs pour les indicateurs des déterminants structurels de la santé. L'insécurité alimentaire était plus répandue chez les Canadiens noirs, latino-américains et arabes/asiatiques de l'Ouest, mais pas chez les Canadiens d'origine sud-asiatique ou asiatique de l'Est/du Sud-Est. La prévalence des besoins impérieux en matière de logement non satisfaits était près de deux fois supérieure chez les minorités visibles (la catégorie utilisée dans certaines enquêtes pour désigner un ensemble de groupes racialisés) en comparaison des Canadiens blancs.

Parmi les groupes sexuels minoritaires (lesbiennes, gais et bisexuels), la prévalence des comportements liés à la santé, des issues de santé et des déterminants structurels était plus élevée chez les lesbiennes et les gais que chez les hétérosexuels, et elle était particulièrement élevée chez les bisexuels. Par exemple, il y avait davantage d'adultes fumeurs dans la population bisexuelle ou gais/lesbiennes que chez les personnes qui ont déclaré être hétérosexuelles. De même, la proportion d'adultes ayant signalé une mauvaise santé mentale était 3,1 fois plus élevée chez les bisexuels et 1,7 fois plus élevée chez les gais et les lesbiennes qu'elle ne l'était chez les hétérosexuels. Les bisexuels ont également affiché des issues plus défavorables à l'égard des indicateurs des déterminants structurels. La prévalence de l'insécurité alimentaire parmi les bisexuels représentait près de 2,9 fois la prévalence observée parmi les hétérosexuels, alors qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les lesbiennes et les gais. Aucune donnée n'était accessible au sujet des travailleurs à faible revenu ou des besoins impérieux en matière de logement, car les enquêtes d'où provenaient ces variables ne recueillaient pas de données sur l'orientation sexuelle.

Dans plusieurs cas, les résultats concernant l'orientation sexuelle dépendaient du sexe ou du genre. Ainsi, les taux globaux de consommation abusive d'alcool étaient du même ordre chez les adultes bisexuels, gais/lesbiennes et hétérosexuels, et de risque accru pour les hommes se déclarant bisexuels ou gais n'a pas été constaté. En revanche, la prévalence était plus élevée parmi les femmes bisexuelles et lesbiennes que parmi les femmes hétérosexuelles. De la même façon, l'arthrite touchait 10 % plus de gais/lesbiennes et 40 % plus de bisexuels que d'hétérosexuels. Pourtant, la prévalence chez les lesbiennes était de 50 % supérieure à celle des femmes hétérosexuelles, alors que les hommes gais avaient un risque comparable à celui des hommes hétérosexuels.

Les données concernant la santé fonctionnelle n'étaient disponibles que pour cinq des indicateurs décrits dans le présent rapport. Les personnes qui ont signalé une incapacité grave avaient une probabilité cinq fois supérieure de déclarer être en situation d'insécurité alimentaire. Des associations plus modestes (hausse de la prévalence par un facteur de moins de deux) ont été constatées en ce qui concerne le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire et l'obésité. Aucune association n'a été constatée en ce qui concerne une consommation abusive d'alcool. Dans la mesure où les données étaient de nature transversale, il n'était pas possible d'en déduire des relations de cause à effet. Par conséquent, il se pourrait que la mauvaise santé fonctionnelle ait précédé et engendré les résultats inférieurs pour certains comportements liés à la santé, issues de santé ou déterminants structurels.

La résidence en milieu rural ou urbain englobe de nombreux facteurs, notamment l'environnement physique et la composition de la population (p. ex. la répartition selon l'âge; la proportion d'immigrants récents, qui sont généralement en meilleure santé que les résidents nés au Canada), de même que les conditions socioéconomiques, les activités professionnelles, la culture, les coutumes, la structure communautaire et les relations sociales (4). Le « lieu de vie » représente par conséquent un ensemble complexe de facteurs associés à des emplacements géographiques précis. Il s'ensuit que chaque catégorie liée à la résidence en milieu rural ou urbain est associée à des issues de santé, des comportements liés à la santé et des déterminants structurels de la santé particuliers. Les régions urbaines du Canada, en particulier les grandes villes de Toronto, Montréal et Vancouver, comptent des proportions plus élevées d'immigrants et de groupes raciaux ou culturels non blancs que les régions rurales, tandis que les populations rurales ont tendance à comporter une proportion plus élevée de Canadiens blancs et les peuples autochtones. Ces compositions différentes influent sur les résultats en fonction de la résidence en milieu rural ou urbain pour les indicateurs des déterminants structurels, des comportements liés à la santé et des issues de santé. Le plus souvent, les grandes régions métropolitaines de Toronto, Montréal et Vancouver affichaient des résultats plus positifs que ceux des régions rurales pour les indicateurs des comportements liés à la santé et de l'état de santé (p. ex. consommation abusive d'alcool, tabagisme et obésité). Néanmoins, vraisemblablement à cause des coûts élevés du logement, les villes de Toronto, Montréal et Vancouver avaient des taux supérieurs de besoins impérieux non satisfaits en matière de logement.

Facteurs socioéconomiques

Les facteurs socioéconomiques (revenu, niveau de scolarité, emploi et situation professionnelle) confortent un grand nombre des associations relevées, mais pas toutes. Le revenu est un facteur clé des déterminants structurels de la santé et, dans presque tous les cas, les inégalités en santé associées au revenu coïncident avec celles associées au niveau de scolarité. L'obésité et la consommation abusive d'alcool font toutefois figure d'exceptions. L'obésité était répandue chez les hommes les mieux nantis, mais aussi chez les hommes ayant le niveau de scolarité le plus faible. Aussi, les hommes les mieux nantis consommaient plus d'alcool que les hommes les moins nantis, mais les hommes ayant le plus haut niveau de scolarité consommaient moins d'alcool que ceux ayant le plus bas niveau de scolarité. Ces observations ont des conséquences importantes pour la mise au point d'interventions dans ces domaines. Un faible revenu et un faible niveau de scolarité étaient aussi fortement associés à des facteurs structurels comme le fait de vivre dans un ménage ayant des besoins impérieux non satisfaits en matière de logement et de se trouver en situation d'insécurité alimentaire. Les personnes occupant un emploi de professionnel (associé à un statut plus élevé, à un revenu supérieur et à un risque de blessure moindre) affichaient presque toujours de meilleures issues que les travailleurs non qualifiés. Dans le même ordre d'idées, les personnes sans emploi affichaient invariablement des résultats plus défavorables que celles qui déclaraient avoir occupé un emploi la

semaine précédente. Cette tendance était encore plus marquée chez les personnes qui ne travaillaient pas de façon permanente.

Croisements des privilèges et des désavantages

Certains groupes de la population définis au sens large qui n'apparaissent pas d'emblée comme étant « désavantagés sur le plan social » (les Blancs, les hommes, les personnes nées au Canada) ont obtenu certains des résultats les plus négatifs (notamment des niveaux élevés de tabagisme, de consommation abusive d'alcool et d'obésité). Dans la mesure où ces regroupements représentent de vastes populations (environ la moitié de la population est composée d'hommes), ces résultats ont une incidence disproportionnée sur les résultats pour l'ensemble du Canada. Cependant, il serait erroné de considérer que tous les hommes adoptent les mêmes comportements, ont les mêmes issues de santé, ou sont exposés aux mêmes déterminants structurels de la santé. Tous les membres d'un groupe favorisé (ou désavantagé) ne seront pas forcément favorisés (ou désavantagés) de la même manière. «L'ampleur (nombre de domaines en cause), la profondeur (gravité) et la durée (p. ex. sur plusieurs générations) d'un désavantage sont importantes» (5). Toutefois, une analyse différente de celle entreprise dans le présent document serait nécessaire pour déterminer comment les issues sont corrélés avec des systèmes de privilèges et de désavantages multiples et interdépendants (p. ex., quelles sont les différences entre les issues de santé des hommes ayant un revenu faible et de ceux qui ont un revenu élevé, ou entre les issues des hommes racialisés ayant un revenu élevé et ceux des hommes blancs ayant un faible revenu).

Dans la plupart des cas, les facteurs structurels, les facteurs comportementaux et les issues de santé ont tendance à se regrouper. Ainsi, des facteurs « en amont » tels qu'un faible revenu et un faible niveau de scolarité sont associés à des facteurs structurels comme l'insécurité alimentaire et les besoins impérieux non satisfaits en matière de logement, à des comportements néfastes pour la santé comme le tabagisme, à des problèmes de santé comme l'obésité, et à des issues de santé néfastes comme le diabète. Ces relations ne sont pas nécessairement linéaires. Par exemple, l'obésité accroît le risque d'arthrose qui, parce qu'elle encourage les comportements sédentaires, augmente le risque d'obésité. La pauvreté accroît le risque d'obésité (du moins chez les femmes), mais les effets de l'obésité sur la santé augmentent la probabilité d'être pauvre. Cependant, en raison de la nature transversale des données utilisées dans le présent rapport, on ne peut pas établir un lien de causalité entre les variables. Le présent rapport a pour but de décrire les différences qui existent entre divers groupes de la population au regard d'un ensemble de facteurs structurels, de conditions de vie et des issues de santé. Autrement dit, il s'agit de préciser si ces facteurs varient dans différents groupes de la population, et si tel est le cas, dans quelle mesure.

Principales difficultés et limites

Production de rapports sur les populations

Les catégories de population employées dans le présent rapport peuvent dissimuler des niveaux d'hétérogénéité potentiellement élevés. Par exemple, bien qu'il y ait au Canada 634 collectivités des Premières Nations appartenant à 50 nations et groupes linguistiques distincts, leurs expériences sont retranscrites dans la seule sous-catégorie des « membres des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord ». De plus, la plupart des enquêtes nationales ne recueillent pas de données sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves. On ne peut donc pas calculer les mesures sommaires de l'inégalité pour ces populations. Si la colonisation et la marginalisation ont touché tous les groupes autochtones, ces expériences ont eu des répercussions différentes selon la langue, la culture, la gouvernance, l'emplacement, le potentiel d'extraction des ressources et d'autres paramètres historiques. De même, les catégories culturelles ou raciales sont par définition très vastes. Ainsi, les Canadiens d'origine chinoise ou philippine ont été regroupés dans

la catégorie « Asiatiques de l'Est/du Sud-Est ». Les Canadiens noirs ont été placés avec les personnes d'origine nord-américaine, africaine et caribéenne dans la catégorie « Noirs ». On peut s'attendre à ce qu'il y ait des différences dans les normes culturelles et les facteurs structurels susceptibles d'influencer les comportements liés à la santé et les issues de santé dans chacune de ces populations, au même titre que dans les autres populations qui ont été regroupées dans une seule catégorie.

De façon similaire, bien que le présent rapport fasse la distinction entre les immigrants de longue date et les immigrants récents, l'analyse n'a pas permis de distinguer les réfugiés des autres Canadiens nés à l'étranger, malgré des différences substantielles dans l'état de santé, les déterminants de la santé et les expériences qui précèdent et qui suivent l'immigration (6,7).

De plus, les sous-catégories de l'origine culturelle ou raciale utilisées dans le rapport font intervenir de nombreux concepts différents, tels que la région d'origine, la couleur de la peau ou l'identité ethnique. Les sous-catégories qui font l'objet d'une comparaison peuvent en fait refléter des concepts différents. Par exemple, la sous-catégorie « Asiatique du Sud/du Sud-Est » constitue une référence géographique, alors que la sous-catégorie « Blanc » fait référence à la couleur de la peau. Néanmoins, dans le cas de certaines sous-catégories, on ne sait pas clairement lequel de ces concepts prédomine (p. ex. « Latino-Américain » peut renvoyer à la géographie, à la culture ou à la race).

Enfin, pour bon nombre des stratificateurs sociaux d'intérêt, les données n'étaient pas d'emblée disponibles dans toutes les sources de données. Par exemple, si l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes renfermait des renseignements sur un large éventail de stratificateurs sociaux, ce qui n'était pas le cas des statistiques de l'état civil, tels les certificats de décès. Cette disparité a contraint à l'utilisation des données de type géographique au moment d'étudier de nombreuses issues de santé, ce qui a réduit l'importance des différences constatées entre les populations.

Prise en compte des multiples systèmes de pouvoir et de privilèges

Les données pour l'ensemble des stratificateurs du présent rapport ont été ventilées selon le sexe ou le genre, ce qui favorise la compréhension des croisements avec le sexe ou le genre. En revanche, le rapport ne contient pas d'analyse plus approfondie de l'association entre les systèmes interdépendants de pouvoir et de privilèges (p. ex. genre, racialisation, immigration, statut socioéconomique, hiérarchies de l'orientation sexuelle et systèmes d'inclusion ou d'exclusion reposant sur les capacités physiques ou mentales) et les déterminants de la santé ou les issues de santé. De plus, les groupes démographiques décrits dans le rapport pourraient être considérés comme une représentation indirecte des systèmes sociaux de stratification. Ces catégories d'identité sociale correspondent à des constructions culturelles et sociétales plus larges du statut de la population en fonction de la race, de l'origine ethnique, du genre, de la religion, de l'ascendance, de la langue, de l'orientation sexuelle, du statut au regard des documents se rapportant à l'immigration, du statut socioéconomique, du voisinage résidentiel et d'autres vecteurs de classification sociale pertinents dans le présent ou le passé (8). À titre d'exemple, en soi, la couleur de la peau ou le genre d'une personne n'offrent pas d'avantage systématique sur le plan de la santé et ne posent pas de risque pour la santé. Ce sont plutôt les structures sociales de racialisation et les hiérarchies des genres qui confèrent des pouvoirs et des privilèges à certains groupes définis en fonction de ces attributs, et qui défavorisent ou restreignent les possibilités d'autres groupes.

Les principes clés pour agir contre les iniquités

Historiquement, le Canada a grandement contribué à l'analyse et à la promotion de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé, autant au pays que dans le monde entier. Depuis le rapport Lalonde (*Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, 1974) (9) – qui a introduit le concept de « domaines de la santé », une première formulation des déterminants

sociaux de la santé – jusqu'aux documents de politique fondamentaux tels que le rapport Epp (*La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, 1986) (10), la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) (11), *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens* (1994) (12) et la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011) (13), le Canada a mis en avant l'importance que la recherche et les interventions ciblent l'intégralité des déterminants de la santé (des comportements individuels aux conditions sociales) et des iniquités en santé.

Les méthodes traditionnelles d'amélioration de la santé de la population et de la santé publique ont mis l'accent sur de meilleurs soins médicaux et sur la modification des comportements individuels, comme l'abandon du tabac ou l'augmentation de l'activité physique. En dépit de leur importance, ces approches ne s'attaquent souvent pas aux « causes des causes » de la mauvaise santé (14). Ces facteurs en amont dépendent des modalités d'organisation de notre société, notamment la répartition des pouvoirs et des ressources qui façonnent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Dans la mesure où il s'agit d'aspects de la société et non de caractéristiques des personnes, des interventions à l'échelle individuelle ne suffisent pas pour les modifier (15). Tout au long de la vie, les conditions sociales et matérielles qui déterminent les possibilités et les choix des personnes influencent fortement la santé et ont des effets systématiques différents dans chaque sous-population (définies selon l'identité culturelle ou sociale, ou par le statut socioéconomique). Au Canada, la plupart des différences qui existent dans l'état de santé des sous-populations sont le produit d'avantages ou de désavantages sociaux, politiques et économiques, qui influent sur la probabilité qu'ont les membres de ces groupes d'être en bonne santé et de le rester toute leur vie. Les inégalités en santé peuvent être qualifiées d'*inéquitables* lorsque des mesures sociales permettraient de les corriger ou de les atténuer (5,15-17).

Si certaines mesures visant à réduire les iniquités en santé relèvent de la compétence des ministères de la Santé, la plupart des mesures qui peuvent influencer directement les déterminants sociaux de la santé sont du ressort d'autres secteurs gouvernementaux, de la société civile et d'autres intervenants (18). Néanmoins, les acteurs de la santé publique peuvent jouer un rôle de leadership et d'orientation en combattant les inégalités dans le cadre de leur mandat propre, tout en appuyant une action coordonnée avec les autres secteurs qui participent à l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé.

Au cours des dernières décennies, les preuves se sont accumulées à l'échelle mondiale à l'égard des approches efficaces pour réduire les inégalités en santé. Ces travaux ont mis en lumière des principes clés d'intervention et des pratiques prometteuses qui peuvent être adaptées pour faire progresser l'équité en santé au Canada (16,19-22).

1. Adopter une approche axée sur les droits de la personne pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

Une telle approche reconnaît le droit fondamental à la santé (qui figure dans divers traités internationaux) et l'associe à la mobilisation de ressources collectives qui rendent possibles les capacités individuelles en matière de santé. Comme il a été mentionné dans l'introduction, l'objectif de l'équité en santé est conforme aux valeurs fondamentales inscrites dans les codes nationaux et internationaux qui reconnaissent la valeur égale de tous les êtres humains, ainsi que dans les positions éthiques qui font de la santé une ressource essentielle pour une participation pleine et effective à la société (17,23, 24). Le droit à la santé – c'est-à-dire le droit qu'a toute personne de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du meilleur état de santé susceptible d'être atteint – est reconnu dans plusieurs pactes et conventions majeurs des Nations Unies auxquels le Canada participe. Il s'agit notamment du Pacte international relatif aux droits économiques,

sociaux et culturels; de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale; de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; de la Convention relative aux droits de l'enfant; et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (25). Un aspect fondamental du droit à la santé est l'exigence que les installations, biens et services en matière de soins de santé et de santé publique, y compris en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé, soient *disponibles* en quantité suffisante; soient *accessibles* aux plans physique et financier et soient fondés sur le principe de la non-discrimination; soient *acceptables* aux plans médical et culturel; et soient de bonne *qualité* scientifiquement et médicalement (26). De ce point de vue, l'accès équitable aux possibilités en matière de santé, de bien-être et de leurs déterminants constitue un enjeu d'équité et de justice.

Cette approche s'appuie sur une action intersectorielle issue de partenariats solides entre les secteurs public, privé, bénévole et communautaire et sur des modèles pangouvernementaux et pansociétaux de la gouvernance et de l'exécution des politiques, programmes, recherches et évaluations dans le domaine social et de la santé. Cela peut comprendre la collaboration avec les collectivités les plus touchées par les inégalités en santé, afin d'élaborer des interventions pertinentes et efficaces. L'amélioration de la santé des populations et de l'équité en santé exige la mise en œuvre de mesures éprouvées, participatives et cohérentes dans l'ensemble des secteurs et paliers gouvernementaux.

2. Intervenir à travers le parcours de vie grâce à des politiques fondées sur des données probantes et à des services sociaux et de santé appropriés sur le plan culturel.

Les avantages et les désavantages en ce qui concerne la santé et la répartition de ses déterminants sociaux s'accumulent à travers le parcours de vie d'une personne, de la grossesse à la petite enfance, en passant par l'école et le milieu de travail jusqu'aux âges plus avancés (22). Ces avantages et désavantages peuvent également se répercuter d'une génération à l'autre, puisque les conditions dans lesquelles les parents et grands-parents d'une personne vivaient influenceront les possibilités et les issues de cette personne. Plusieurs mesures peuvent avoir des effets importants sur les issues de santé et l'équité en santé, dont la réduction des iniquités systémiques qui découlent de la répartition du pouvoir et des ressources (notamment la défavorisation matérielle et sociale et les inégalités entre les sexes) et la mise en place de ressources adéquates pour le développement physique, cognitif et émotionnel (en offrant des soins de santé maternelle, du soutien parental et des services de garde et d'éducation préscolaire de haute qualité).

Les bases de la santé à l'âge adulte sont établies dans le ventre de la mère et pendant la petite enfance (27). Les politiques fondées sur des données probantes qui visent à améliorer le développement de la petite enfance misent sur la transmission de connaissances aux fournisseurs de soins à propos des milieux adaptés et stimulants, la santé maternelle (y compris la santé mentale et la nutrition) et la réduction de la pauvreté (28). Certaines études portant sur les programmes d'éducation des jeunes enfants ont déterminé que les effets cognitifs (mesurés en général par les résultats scolaires et le quotient intellectuel) disparaissent en grande partie après quelques années (29). En revanche, d'autres études ont révélé des effets positifs sur les compétences socioémotionnelles et les résultats scolaires et sociaux à long terme (p. ex. taux supérieur de diplomation du secondaire, réduction des grossesses adolescentes), ainsi que de nettes améliorations en ce qui concerne l'emploi à l'âge adulte, les revenus, l'adoption de comportements sains et la réduction des activités criminelles (30-32). Par exemple, le programme « Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur », qui cible les familles de communautés à faible revenu, a permis d'améliorer à long terme le fonctionnement des participants dans la société et à l'école en Ontario (33). Par ailleurs, malgré l'accent mis par certains programmes sur les enfants de familles à faible revenu, des éléments probants

plaident en faveur d'une prestation universelle : le financement de programmes de développement de la petite enfance efficaces offre des avantages substantiels et un rendement des investissements avantageux à la fois pour les participants à faible revenu et à revenu moyen (30).

Certains programmes de développement de la petite enfance visent spécialement les parents. L'un d'eux, le programme Triple P, pour « pratiques parentales positives », est un programme éprouvé qui vise à améliorer les compétences parentales, en appliquant les principes issus de la théorie de l'apprentissage social relativement au développement, aux comportements et à la cognition (34). Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) cible les femmes enceintes marginalisées dans le cadre d'initiatives qui fournissent de l'information, des conseils et du soutien en ce qui concerne l'allaitement, la préparation des repas et les soins aux nourrissons, ainsi que des vitamines, de la nourriture et des bons d'alimentation dans le but d'améliorer la santé de la mère et du nourrisson. Les femmes ayant participé à plusieurs activités du PCNP étaient plus susceptibles d'améliorer leurs comportements liés à la santé et avaient une probabilité inférieure de donner naissance à un bébé prématuré ou de faible poids (35). De façon similaire, les allocations prénatales Bébés en santé du Manitoba offrent un supplément de revenu modeste aux femmes ayant un faible revenu pendant leur grossesse. Les femmes qui touchent ces allocations présentent des taux réduits de faible poids à la naissance et de naissances prématurées, ainsi que des taux d'allaitement supérieurs (36).

La pauvreté relative au cours de l'enfance a une forte incidence sur la santé tout au long de la vie. Les stratégies efficaces de réduction de la pauvreté pendant l'enfance sont axées sur l'offre de prestations directes et de programmes qui aident les parents à surmonter les obstacles à l'obtention d'un emploi. Différents crédits d'impôts, transferts de revenu et programmes d'emploi peuvent contribuer à réduire la pauvreté infantile et ses effets néfastes sur la santé (37-39). Néanmoins, les taux de pauvreté infantile demeurent plus élevés que les taux de pauvreté globaux dans la population canadienne (40). Puisque les familles doivent remplir une déclaration d'impôts afin d'obtenir ces prestations, certains gouvernements offrent des cliniques d'impôts et d'autres ressources pour aider les personnes à faible revenu à présenter leur déclaration d'impôts et à demander les prestations auxquelles elles sont admissibles.

L'éducation et la scolarisation exercent une influence importante sur le cours de la vie en favorisant à la fois la littératie générale et la littératie en santé, en générant des possibilités d'emploi futures et en permettant l'acquisition d'un plus grand sentiment de contrôle personnel. Bien que les deux tiers des Canadiens aient fait au minimum des études postsecondaires partielles, les Autochtones et les jeunes à faible revenu sont sous-représentés dans ces statistiques (41). Des recherches récentes ont aussi montré que les immigrants de 20 à 24 ans étaient plus susceptibles de quitter l'école avant de terminer leurs études secondaires que les immigrants du même âge qui étaient au Canada depuis plus longtemps (42).

Tel qu'indiqué précédemment, les programmes de développement de la petite enfance peuvent favoriser la réussite des enfants vulnérables plus tard dans leur cheminement scolaire. De nombreux collèges canadiens ont signé le Protocole sur l'éducation des Autochtones, qui les invite à soutenir l'éducation des Autochtones, entre autres en augmentant le nombre d'instructeurs et d'administrateurs membres des Premières Nations dans les établissements d'enseignement, ainsi qu'en incorporant les traditions intellectuelles et culturelles des Premières Nations dans le programme scolaire (43). Bien que la plupart des universités canadiennes offrent des services destinés aux peuples autochtones, comme des initiatives de soutien scolaire ou de mentorat, et qu'une majorité d'établissements dispose de programmes qui ciblent les jeunes Autochtones dans les collectivités, un nombre bien moindre d'Autochtones obtiennent un diplôme universitaire par rapport aux Canadiens non-autochtones (43).

En ce qui concerne les adultes en âge de travailler, les politiques et les interventions liées à l'emploi peuvent améliorer la santé et réduire les iniquités en santé. Par exemple, les gouvernements et les employeurs jouent un rôle important dans la prévention des blessures professionnelles (dont la prévalence est supérieure dans les postes non qualifiés et semi-qualifiés) par de la formation, des normes de sécurité et une supervision améliorées. Il leur incombe aussi d'améliorer les conditions psychosociales au travail et de protéger les droits des travailleurs les plus vulnérables, y compris les employés contractuels et à temps partiel. Les lois permettent également de fixer les salaires minimums et d'offrir des prestations aux travailleurs à faible revenu. En plus de protéger le revenu des travailleurs non qualifiés, les politiques sur le salaire minimum influencent la rémunération des autres employés, en fournissant un niveau de référence sur lequel s'appuient les employés ou les syndicats pour négocier des hausses de salaire. Cependant, l'intérêt d'augmenter le revenu minimum pour lutter contre la pauvreté demeure controversé, car certaines données semblent indiquer une association entre les augmentations du salaire minimum et des taux de chômage plus élevés (44).

De plus, même si le Canada présente l'un des plus faibles taux de pauvreté des aînés parmi les pays développés (45), les Canadiens âgés font souvent face à l'isolement et à la discrimination. Les femmes âgées, en particulier, courent un risque accru de vivre dans la pauvreté et d'être atteintes d'une incapacité pendant de nombreuses années. Différentes stratégies peuvent servir à aborder ces enjeux, notamment réduire l'isolement social (spécialement par des interventions participatives de groupe qui comprennent des activités sociales et du soutien), améliorer les conditions de vie (y compris l'adéquation des logements et les pensions) et favoriser l'activité physique (22,46).

3. Intervenir à la fois sur les déterminants proximaux (en aval) et distaux (en amont) de la santé et de l'équité en santé.

Les mesures de santé publique qui interviennent uniquement au niveau des connaissances ou des compétences individuelles ont, dans certains cas, creusé involontairement les inégalités en santé. Par exemple, les campagnes de lutte contre le tabagisme ont fait en sorte que la consommation de tabac, qui était auparavant courante dans la population canadienne, se concentre désormais dans les populations marginalisées. Cela est dû au fait que les personnes éduquées et mieux nanties ont généralement une meilleure littératie en santé et sont mieux outillées pour réduire les risques à long terme pour leur santé (47). Des revues systématiques récentes ont révélé qu'il existait peu de preuves, voire aucune, indiquant que les interventions axées sur les comportements individuels influencent l'équité à long terme, à moins que ces mesures ne s'accompagnent de changements structurels plus larges (48,49).

Les mesures de santé publique qui se concentrent sur les facteurs socioéconomiques, politiques, culturels et environnementaux sont plus susceptibles de réduire les inégalités, mais elles sont plus difficiles à mettre en œuvre en raison des enjeux politiques potentiels, ainsi que de l'échelle et des échéanciers requis (48). Une revue systématique effectuée par Bambra *et al.* (50) suggère que certains types d'interventions peuvent réduire les inégalités ou avoir une incidence positive sur la santé de groupes désavantagés, en particulier les interventions qui touchent le logement et l'emploi :

> En ce qui concerne par exemple les interventions en milieu de travail (comme les changements apportés à l'organisation du travail et la privatisation), des éléments probants indiquent que les effets des changements s'expriment différemment selon les différents niveaux d'employés, et que les issues de santé varient en conséquence. [...] De même, il semble que les changements relatifs au logement ont un effet positif sur la santé physique et mentale, mais cet effet pourrait être faible (50). [Traduction libre]

D'autres interventions en amont, qui ont été mises en place avec succès sans creuser les inégalités, ont été réalisées par la prise de mesures réglementaires, comme le port obligatoire de la ceinture de sécurité (47). De manière similaire, les lois et règlements visant l'augmentation des taxes sur les cigarettes ont permis de réduire la consommation de tabac dans les tranches de la population qui disposent des revenus les plus faibles (51). Aux États-Unis, il a été proposé que la Food and Drug Administration exige des fabricants de cigarettes qu'ils réduisent la teneur en nicotine de leurs produits, afin qu'ils ne causent pas de dépendances (52).

Cependant, les connaissances comportent encore des lacunes importantes en ce qui concerne l'efficacité des politiques d'envergure dans plusieurs secteurs, y compris l'éducation, les soins de santé, l'alimentation et l'agriculture. On constate également un manque de données concernant l'influence des politiques de haut niveau sur les inégalités en santé, notamment les mesures visant à garantir les droits juridiques et de la personne, les politiques qui favorisent la santé au niveau macroéconomique et dans le marché du travail, la mise en avant de valeurs culturelles qui contribuent à l'égalité des chances, et le contrôle des risques environnementaux (y compris le respect des obligations internationales et des traités pertinents) (50).

4. Déployer une combinaison d'interventions ciblées et d'interventions ou de politiques universelles.

Les mesures concernant les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé ne visent pas uniquement à corriger les inégalités subies par les plus défavorisés; ces mesures doivent permettre à toute la population de jouir du même niveau de santé que les personnes les plus avantagées (22). Il est fondamental de veiller à ce que tous disposent de ressources sociales et matérielles adéquates et de possibilités pour être en bonne santé; cela peut être accompli par une combinaison d'interventions universelles et ciblées (14,53)[57]. Les interventions sous la forme de programmes ou de politiques peuvent cibler expressément les personnes ayant les pires issues de santé et les plus défavorisées au point de vue social. Elles peuvent sinon être conçues en vue d'un déploiement universel et être mises en œuvre à différents degrés d'intensité en fonction des besoins. On parle alors « d'universalisme proportionné » (22).

Il faut faire preuve de prudence lors de la mise en œuvre d'interventions ciblées. Afin d'éviter de stigmatiser les groupes visés, il est important de consulter les populations et communautés visées pendant le développement et la mise en œuvre des politiques et des programmes. Par ailleurs, s'il existe un gradient du risque dans les sous-groupes d'une population (p. ex. du revenu le plus faible au plus élevé), il faut prendre garde de ne pas négliger les groupes qui, sans être les plus défavorisés, s'en sortent moins bien que les plus avantagés (54).

Le fait de coupler interventions ciblées et interventions universelles contribue à garantir que les effets des interventions ciblées ne seront pas « dilués » par des conditions générales qui perpétuent les inégalités. Par exemple, comme il a été décrit précédemment, les programmes de développement de la petite enfance (qui visent souvent les enfants et les familles marginalisés) se sont montrés efficaces pour améliorer le développement social et cognitif des enfants et ont un effet positif sur les issues sociales à l'âge adulte. Cependant, ces effets peuvent être médiés par des politiques plus générales : par la politique budgétaire et la politique de l'emploi, et par l'offre de

57. Patricia J. Martens (1952–2015), ancienne directrice du Manitoba Centre for Health Policy, décrivait cette combinaison comme une approche de « déplacement » et de « réduction ». Elle rappelait aux acteurs et aux décideurs que la courbe de distribution sur un graphique représentant la santé de la population pouvait être « déplacée » en améliorant la santé de la population dans son ensemble au moyen d'interventions universelles. Les avantages globaux pour la santé seraient alors considérables, mais l'écart entre les personnes ayant le meilleur et le pire état de santé (situées aux extrémités de la courbe) demeurerait le même. La « réduction » consiste à diminuer l'écart entre les extrémités de la courbe par des interventions ciblées auprès des populations les plus désavantagées.

services publics d'éducation, de logement et de sécurité sociale. Ces politiques de grande envergure ont un effet plus puissant sur les chances d'épanouissement et les conditions de vie d'une personne, de même que sur l'ampleur des inégalités dans la société en général (19).

5. S'occuper à la fois des contextes matériels (conditions de vie, de travail et environnementales) et des processus socioculturels de pouvoir, de privilège et d'exclusion (les modalités de perpétuation des inégalités sociales au cours de la vie et au fil des générations).

La défavorisation matérielle ne constitue pas le seul lien entre les inégalités sociales et les issues inéquitables de santé : les processus socioculturels qui perpétuent les privilèges et les désavantages, de même que l'inclusion et l'exclusion jouent également un rôle important. Les effets qu'ont sur la santé les conditions matérielles et l'identité ou la position sociale dans les sous-groupes de la population (soit, par exemple, l'héritage autochtone, racial ou culturel, l'orientation sexuelle ou le statut d'immigrant) sont dynamiques et conditionnés par l'environnement, plutôt qu'intrinsèquement liés à la biologie ou à la culture, ou limités aux comportements, traits de caractère et biens matériels (8). Un stress psychologique est créé par les environnements qui menacent la sécurité ou l'identité sociale et par la mauvaise adéquation entre les besoins et les capacités des groupes marginalisés et les institutions qui font partie de leur quotidien (8). Lorsque ces menaces et difficultés sont substantielles et persistantes, le stress chronique qu'elles imposent aux populations marginalisées peut avoir un effet néfaste sur l'organisme (8).

Par conséquent, le recours à des solutions matérielles seulement ne permet pas d'atteindre l'équité en santé. Pour promouvoir la santé et l'équité en santé, il est essentiel de réduire l'exposition systématique aux conditions matérielles néfastes (pauvreté, insécurité alimentaire, toxines présentes dans l'environnement, logement surpeuplé ou en piteux état) et de soutenir des conditions de travail et de vie équitables. Néanmoins, ces mesures doivent s'accompagner d'efforts visant à renforcer l'autonomie des communautés défavorisées et à combattre les processus délétères de marginalisation et d'exclusion (comme la stigmatisation et la discrimination systémique) qui sont incorporés dans les hiérarchies de pouvoir et des privilèges. Les mesures visant à atténuer ou à éliminer l'exclusion doivent cibler les *processus de marginalisation*, et non simplement les caractéristiques des groupes exclus (22).

Peu d'études se sont intéressées aux interventions qui permettraient de réduire les facteurs de stress structurels à l'origine des issues inéquitables en santé. Cependant, certaines observations empiriques permettent d'entrevoir comment il serait possible de modifier les mentalités idéologiques, les relations et les environnements qui causent le stress psychologique que subissent les groupes marginalisés (8). Les évaluations des impacts axées sur l'équité peuvent permettre de repérer à la fois les conséquences prévues et imprévues des politiques et des programmes sur les populations marginalisées (8,55). Voici quelques exemples de démarches pouvant réduire l'exclusion : les initiatives collaboratives en matière d'égalité des sexes, de lutte contre le racisme et de lutte contre l'oppression au sens large (56,57); la formation sur l'équité en santé, la sécurité culturelle et les soins tenant compte des traumatismes et de la violence (36); les efforts délibérés et constants, à tous les échelons, envers la réconciliation entre les peuples autochtones et les gouvernements, les institutions religieuses et les Canadiens colonisateurs (58).

6. Mettre en œuvre une approche plaçant « la santé dans toutes les politiques ».

Nombre des leviers politiques qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé se situent en dehors du secteur de la santé; seule une action collaborative avec d'autres secteurs permet d'agir sur ceux-ci. Devant ce constat, l'Organisation mondiale

de la Santé (OMS) a mis au point un cadre dans le but d'aider les autorités compétentes à réorienter leurs processus décisionnels selon une approche de « la santé dans toutes les politiques ». Dans une telle approche, les décisions gouvernementales tiennent systématiquement compte des impacts sur la santé, de façon à mieux prévenir les conséquences néfastes sur la santé et à améliorer la santé de la population et l'équité en santé (18).

Un nombre croissant de gouvernements ont adopté des approches de ce type. Par exemple, l'approche de la santé dans toutes les politiques fait partie intégrante de la *Loi sur la santé publique* du Québec, qui prévoit l'évaluation des impacts potentiels sur la santé de toutes les propositions législatives. Une approche de santé dans toutes les politiques a été mise en œuvre à l'échelle nationale au Brésil, en Finlande, en Iran, au Mexique et en Thaïlande, et au niveau régional en Australie du Sud et en Californie. Une évaluation menée en Australie du Sud a montré que cette approche avait permis l'élaboration de processus de politiques solides pour agir sur les déterminants de la santé, qu'elle avait pu être adaptée à un environnement complexe qui évolue rapidement et qu'elle s'était révélée durable pendant plus de cinq ans (59). Les décideurs australiens ont indiqué une meilleure connaissance des impacts sur la santé et une consolidation des partenariats intergouvernementaux. Les administrations qui ont réussi à mettre en œuvre l'approche de la santé dans toutes les politiques ont repéré plusieurs facteurs propices, dont les suivants : engagement de la haute direction autour d'un mandat commun; responsabilités bien définies et mesures incitatives dans l'ensemble des ministères gouvernementaux; attribution de ressources humaines et financières pour la coordination de l'approche; mécanismes et outils organisationnels à l'appui (60,61). Malgré de premiers résultats positifs, l'approche de la santé dans toutes les politiques reste une pratique émergente; des évaluations plus poussées sont requises, en particulier en ce qui concerne les stratégies de mise en œuvre et les issues à long terme sur la santé et l'équité en santé (59,62).

7. Effectuer une surveillance et une évaluation continues.

L'amélioration de la santé de la population et de l'équité en santé nécessite des données probantes actuelles, systématiques et robustes qui éclairent les décideurs, les praticiens, les organisations communautaires et les citoyens au sujet de la répartition de la santé et des déterminants de la santé dans les sous-populations, et au sujet de la manière dont les politiques et les interventions influent sur la santé et l'équité en santé. Dans son rapport final, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS estimait que « l'action sur les déterminants sociaux de la santé serait plus efficace s'il existe des systèmes de données de base – comme les statistiques d'état civil et les données obtenues par l'observation systématique des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé – et des mécanismes permettant d'analyser les données et de les utiliser pour élaborer des interventions plus performantes » (63). La Commission a exhorté les gouvernements nationaux à créer des systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé, qui permettent de recueillir des données sur plusieurs déterminants sociaux de la santé et issues de santé, et de les stratifier par région/géographie et groupes sociaux en fonction du contexte de chaque pays.

Dans un examen récent sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé en Europe, l'OMS a réitéré le besoin de produire régulièrement des rapports détaillés sur l'ampleur et l'évolution des inégalités en santé et de leurs déterminants (22). Ces travaux doivent appuyer les activités de recherche et de surveillance, éclairer les décisions relatives aux politiques et aux programmes pour réduire plus efficacement les inégalités en santé, rendre possible le suivi des progrès et faciliter une action concertée des autorités compétentes.

L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé a mis en évidence les lacunes et les défis en matière de mesure et de surveillance des inégalités en santé, y compris les lacunes de l'infrastructure de données (pour certains sous-groupes de la population et déterminants de la santé). On constate également un manque de recherches interventionnelles sur les mesures qui seraient les plus efficaces pour améliorer la santé de la population et réduire les iniquités en santé. Néanmoins, au Canada, la recherche interventionnelle axée sur l'équité en santé de la population a bénéficié d'une attention et d'investissements accrus depuis dix ans.

Les personnes touchées par les iniquités en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé et aux issues de santé peuvent fournir des renseignements précieux pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de l'infrastructure des données, des programmes de surveillance, des politiques et des interventions. Il faut autant que possible mobiliser ces populations. Cette mobilisation est particulièrement importante pour la mesure, la surveillance et la réduction des inégalités en santé chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada.

CONCLUSIONS

Les déterminants sociaux de la santé ne connaissent pas de limites sociales; de saines conditions de travail et de vie et une infrastructure robuste bénéficient à tous. Par exemple, les systèmes d'éducation ne favorisent pas seulement les compétences individuelles : ils forment des travailleurs de qualité pour l'industrie. Les normes du travail, la réglementation sur la santé et la sécurité au travail, les codes du bâtiment et les autres règlements garantissent des conditions de travail et des milieux bâtis sécuritaires, ainsi que des produits et services de qualité pour tous, indépendamment de la classe sociale ou de l'identité. Veiller à la répartition équitable des ressources qui favorisent la santé dans les différents groupes sociaux est un investissement judicieux pour tous.

Beaucoup reste à faire pour atteindre l'équité en santé. «Des mesures doivent être prises en ce qui concerne les déterminants sociaux de la sante à travers le parcours de la vie, dans les sphères sociales et économiques plus larges, et dans le but de protéger les générations futures» (22). Ces mesures doivent s'appuyer sur des bases solides en matière de droits de la personne (y compris le droit à la santé); s'intéresser à tous les stades de la vie (y compris les iniquités transgénérationnelles en santé); comprendre des interventions en amont et en aval; mettre en place une combinaison d'interventions universelles et ciblées; prendre en compte les contextes matériels (conditions de travail, conditions de vie et conditions environnementales) et les processus socioculturels de pouvoirs, de privilèges et d'exclusion; opérer à tous les niveaux de gouvernance et dans les différents ministères et secteurs gouvernementaux; comprendre de solides systèmes de surveillance et d'évaluation. Par ailleurs, les mesures visant les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé peuvent être renforcées par des partenariats et une intégration plus étroits entre les domaines des sciences, de la pratique et des politiques. Ces mesures pourront aussi être améliorées par la «recherche transformationnelle, translationnelle et transdisciplinaire» (20).

En fin de compte, l'atteinte de l'équité en santé exige que nous reconnaissions notre interdépendance, c'est-à-dire notre responsabilité partagée de créer et maintenir des conditions et des milieux de vie et de travail sains, qui auront des retombées positives pour tous. S'attaquer aux inégalités en santé nécessite effort, innovation et inventivité, mais les Canadiens seront capables de relever ce défi s'ils mettent leur volonté et leur intelligence collectives au service du bien commun.

Références

(1) Cha Y, Weeden KA. Overwork and the slow convergence in the gender gap in wages. Am Sociol Rev. 2014;79(3):457-84

(2) Loppie S, Reading C et de Leeuw S. *L'effet du racisme sur les Autochtones et ses conséquences*. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2014 [page consultée le 29 septembre 2017]. Accessible à l'adresse : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-AboriginalExperiencesRacismImpacts-Loppie-Reading-deLeeuw-FR.pdf.

(3) Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le racisme et l'équité en santé : parlons-en*. Antigonish (N.-É.) : Université St. Francis Xavier; 2017.

(4) Pong RW, DesMeules M, Heng D, Lagace C, Guernsey JR, Kazanjian A *et al.* L'utilisation des services de santé dans les régions rurales du Canada. Maladies chroniques et blessures au Canada. Automne 2011, vol. 31, supplément 1, p. 1-40.

(5) Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R *et al.* Health disparities and health equity: the issue is justice. Am J Public Health. 2011;101 (S1):S149-55.

(6) Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. Revue canadienne de santé publique. 2005:S30-44.

(7) Mawani FN. Social determinants of refugee mental health. Refuge and Resilience. Dans : Simich L., Andermann L. (rédacteurs). Refuge and Resilience. International Perspectives on Migration, vol. 7, Springer; 2014, p. 27-50.

(8) Geronimus AT, James SA, Destin M, Graham LF, Hatzenbuehler ML, Murphy MC, *et al.* Jedi public health: Co-creating an identity-safe culture to promote health equity. SSM-population health. 2016;2:105-16.

(9) M. Lalonde. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*. Ottawa : gouvernement du Canada; 1974 [document consulté le 11 décembre 2017].

(10) Epp J. Achieving health for all: A framework for health promotion. Health Promot Internation. 1987;1(4):419-28.

(11) Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : première conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa, 21 novembre 1986, 1986.

(12) Conférence des ministres de la santé (Canada). Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et C.T. Lord. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*. Ministre des Approvisionnements et Services Canada; 1994.

(13) Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Rio de Janeiro : OMS, 2011 [document consulté le 6 juin 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1.

(14) Rose GA. Rose's strategy of preventive medicine: the complete original text. Oxford University Press, USA; 2008.

(15) Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities. Eur J Epidemiol. 2017;32(7):537-46.

(16) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promot Internation. 1991;6(3):217-28.

(17) Braveman P, Egerter S, and Williams DR. The social determinants of health: coming of age. Annu Rev Public Health. 2011;32:381-98.

(18) World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. 2014.

(19) Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Q. 2004;82(1):101-24.

(20) Dankwa-Mullan I, Rhee KB, Williams K, Sanchez I, Sy FS, Stinson Jr N, et al. The science of eliminating health disparities: summary and analysis of the NIH summit recommendations. Am J Public Health. 2010;100(S1):S12-8.

(21) Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. The Lancet. 2012;380(9845):15,16-21.

(22) Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. The Lancet. 2012;380(9846):1011-29.

(23) Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. The Lancet. 2004;364(9445):1603-9.

(24) Venkatapuram S. Justice and global health research. American Journal of Bioethics. 2016;16(10):46-7.

(25) Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Le droit à la santé, fiche d'information n°* 31 [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.

(26) Conseil économique et social des Nations Unies. *Observation générale No 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte).* Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (CDESC); 2000.

(27) Wilkinson RG, Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits.* Organisation mondiale de la Santé; 2003.

(28) Daelmans B, Black M, Lombardi J, Lucas J, Richter L, Silver K. Effective interventions and strategies for improving early child development. . British Medical Journal, BMJ. 2015;14(351).

(29) Duncan GJ, Magnuson K. Investing in preschool programs. Journal of Economic Perspectives. ;27(2):109,110-132.

(30) Barnett WS. Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. The Future of Children. 1995;5(3):25,26-50.

(31) Heckman J, Moon SH, Pinto R, Savelyev P, Yavitz A. Analyzing social experiments as implemented: A reexamination of the evidence from the HighScope Perry Preschool Program. Quant Econom. 2010;1(1):1-46.

(32) Heckman J, Moon SH, Pinto R, Savelyev P, Yavitz A. Analyzing social experiments as implemented: A reexamination of the evidence from the HighScope Perry Preschool Program. Quant Econom. 2010a; 1(1):1-46. Quantative Economics. 2010a;1(1):1,2-46.

(33) Peters RD, Bradshaw AJ, Petrunka K, Nelson G, Herry Y, Craig W, et al. The "Better Beginnings, Better Futures"ecological, community-based early childhood prevention project: Findings from Grade 3 to Grade 9. Monogr Soc Res Child Dev. 2010;75(3):1-176.

(34) Sanders M, Kirby J, Tellegen C, Day J. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clinical Psychology Review. 2014;34:337,338-357.

(35) Muhajarine N, Ng J, Bowen A, Cushon J, Johnson S. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation. Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique. 2012 :S26-31.

(36) Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen CN. EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. International journal for equity in health. 2015;14(1):152.

(37) Hoynes H, Miller D, Simon D. Income, the earned income tax credit, and infant health. American Economic Journal: Economic Policy. 2015;7(1):172-211.

(38) Milligan K, Stabile M. Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions. American Economic Journal: Economic Policy. 2011;3(3):175-205.

(39) Whiteford P and Adema W. What works best in reducing child poverty: a benefit or work strategy? OECD Publishing; 2007.

(40) UNICEF. *Construire l'avenir : les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches.* 2017.

(41) Shankar J, Ip E, Khalema E, Couture J, Tan S, Zulla RT, *et al.* Education as a social determinant of health: Issues facing Indigenous and visible minority students in postsecondary education in western Canada. International journal of environmental research and public health. 2013;10(9):3908-29.

(42) Horizons de politiques Canada. *Libérer le potentiel des jeunes marginalisés.*

(43) Colleges et instituts Canada. [Internet]. *Protocole sur l'éducation des Autochtones pour les collèges et instituts.* Accessible à l'adresse : https://www.collegesinstitutes.ca/fr/les-enjeux/apprenants-autochtones/modes-dapproche-et-pratiques-exemplaires-pour-appliquer-les-principes-directeurs/.

(44) Green D. The Case for increasing the minimum wage: What does the academic literature tell us? Vancouver, BC: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2015.

(45) Organisation de coopération et de développement économiques. [Internet]. *Taux de pauvreté* [mise à jour en 2016]. Accessible à l'adresse : https://data.oecd.org/fr/inequality/taux-de-pauvrete.htm.

(46) Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11(1):647.

(47) Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? J Epidemiol Community Health. 2000 Dec;54(12):923-9.

(48) Horton K, Friel S, de Leeuw E, McKeone C, Bolam B. Fair faoundations for health equity. Health Promotion International. 2015;30(S2):ii2-7.

(49) Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2013 Feb;67(2):190-3.

(50) Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2010 Apr;64(4):284-91.

(51) Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. BMJ. 1994 Oct 8;309(6959):923-7.

(52) Adler NE, Glymour MM, Fielding J. Addressing social determinants of health and health inequalities. JAMA. 2016;316(16):1641-2.

(53) Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14:32, 33-38.

(54) Mantoura P, Morrison V. *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. 2016.

(55) Simpson S, Mahoney M, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J. Equity-focused health impact assessment: a tool to assist policy makers in addressing health inequalities. Environ Impact Assess Rev. 2005;25(7):772-82.

(56) Graham L, Brown-Jeffy S, Aronson R, Stephens C. Critical race theory as theoretical framework and analysis tool for population health research. Critical Public Health. 2011;21(1):81-93.

(57) Hankivsky O, Grace D, Hunting G, Giesbrecht M, Fridkin A, Rudrum S, et al. An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. International journal for equity in health. 2014;13(1):119.

(58) Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015.

(59) Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, et al. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. Health Promot Internation. 2014;29(suppl_1):i130-42.

(60) Cohen BE, Ateah CA, Chartier MJ, DeCoteau MA, Harris E, Serwonka K. Report of an equity-focused health impact assessment of a proposed universal parenting program in Manitoba. Can J Public Health. 2016;107(1):112-8.

(61) Delany T, Lawless A, Baum F, Popay J, Jones L, McDermott D, et al. Health in All Policies in South Australia: what has supported early implementation? Health Promot Internation. 2015;31(4):888-98.

(62) Bauman AE, King L, Nutbeam D. Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies. Health Promot Internation. 2014;29(suppl_1):i143-51.

(63) Commission des déterminants sociaux de la santé. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008 [page consultée le 31 mars 2017]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.